

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
NÚCLEO DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA (MAPSI)**

IVANILDES SANTOS RODRIGUES

**MANIFESTAÇÕES DO SOFRIMENTO PSÍQUICO: CAMINHOS
PERCORRIDOS POR USUÁRIOS DE UM AMBULATÓRIO DE
SAÚDE MENTAL**

**PORTO VELHO
2016**

IVANILDES SANTOS RODRIGUES

**MANIFESTAÇÕES DO SOFRIMENTO PSÍQUICO: CAMINHOS
PERCORRIDOS POR USUÁRIOS DE UM AMBULATÓRIO DE
SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Rondônia como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em psicologia.

Linha de Pesquisa: Psicologia da Saúde e Processos Psicossociais

Orientador: Dr. José Juliano Cedaro

**PORTO VELHO
2016**

FICHA CATALOGRÁFICA
BIBLIOTECA CENTRAL PROF. ROBERTO DUARTE PIRES

R696m

Rodrigues, Ivanildes Santos

Manifestações de sofrimento psíquico: caminhos percorridos por usuários de um ambulatório de saúde mental / Ivanildes Santos Rodrigues. Porto Velho, Rondônia, 2016.
81f.: il.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) Fundação Universidade Federal de Rondônia / UNIR.

Orientador: José Juliano Cedaro

1. Saúde mental 2. Medicalização 3. Intervenção - crise 4. Sofrimento psíquico 5. Itinerários terapêuticos I. Cedaro, José Juliano II. Título.

CDU: 159.964.2:615.86

Bibliotecária Responsável: Ozelina Saldanha CRB11/486

FOLHA DE APROVAÇÃO

Manifestações do sofrimento psíquico: caminhos percorridos por usuários de um ambulatório de saúde mental

IVANILDES SANTOS RODRIGUES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia (MAPSI) como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia pela Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR)

Linha de Pesquisa: Psicologia da Saúde e Processos Psicossociais.

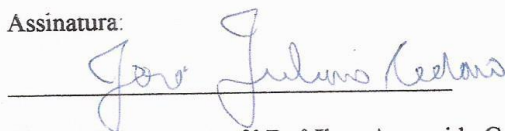
Orientador: Prof.^o Dr. José Juliano Cedaro

Banca examinadora:

Orientador: Prof.^o Dr. José Juliano Cedaro

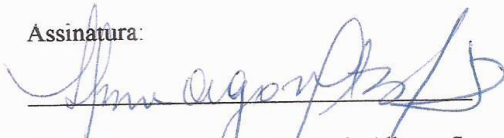
Programa de Pós-graduação em Psicologia (MAPSI) Fundação Universidade Federal de Rondônia UNIR

Assinatura:



Titular da Banca : Prof.^a Dr.^a Ilma Aparecida Goulart de Souza Britto
Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Psicologia Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/GO

Assinatura:



Titular da Banca: Prof. Dr. Luís Alberto Lourenço de Matos
Programa de Pós-graduação em Psicologia Fundação Universidade Federal de Rondônia UNIR

Assinatura:



Dissertação aprovada em: 30/11/2016

Ao anjo que escolhi em minha vida, grata por tudo em todos esses momentos. Obrigada pela dedicação e carinho que sempre se fez presente nesse processo de aprendizado. Sou muito feliz pelo “tanto” que aprendi contigo.

À Agda Catarine, com carinho.

AGRADECIMENTOS

A Deus por sua infinita bondade, e pelas maravilhas que me proporciona a todo o momento.

Aos meus companheiros de jornada, marido e filha, que mesmo à distância sempre se fizeram presentes em meus projetos.

Aos meus pequenos guerreiros e companheiros de todas as horas, Nayara e Yan, vocês são minha fortaleza.

As filhas que ganhei nesta jornada, umas foram, outras ficam, mas todas têm um lugar especial em minha vida.

Aos meus professores do Mestrado, sempre dedicados ao ensino com comprometimento e seriedade.

Aos profissionais do CAPS, pela colaboração e participação na pesquisa.

Aos pacientes, que tão gentilmente compartilharam seus sentimentos e suas aflições.

A minha querida professora Ilma A. Goulart de S. Britto, que gentilmente aceitou o convite de participação na composição desta banca, vindo de tão longe e me prestigiando com contribuições maravilhosas.

Ao meu orientador professor Dr. José Juliano Cedaro, pelo desafio aceito, e pela contribuição oferecida em todos esses momentos.

Aos participantes da banca pela contribuição e aprendizado. Grata professores!

O HOMEM E O REMÉDIO: QUAL O PROBLEMA?

“ULTIMAMENTE venho sendo consumidor forçado de drágeas, comprimidos, cápsulas e pomadas que me levaram a meditar na misteriosa relação entre a doença e o remédio. Não cheguei ainda a conclusões dignas de publicidade, e talvez não chegue nunca a elaborá-las, porque se o número de doenças é enorme, o de medicamentos destinados a combatê-las é infinito, e a gente sabe o mal que habita em nosso organismo, porém fica perplexo diante dos inúmeros agentes terapêuticos que se oferecem para extingui-lo. E de experiência em experiência, de tentativa em tentativa, em vez de acertar com o remédio salvador, esbarramos é com uma nova moléstia causada ou incrementada por ele, e para debelar a qual se apresenta novo pelotão de remédios, que, por sua vez...

De modo geral, quer me parecer que o homem contemporâneo está mais escravizado aos remédios do que às enfermidades.

Ninguém sai de uma farmácia sem ter comprado, no mínimo, cinco medicamentos prescritos pelo médico ou pelo vizinho ou por ele mesmo, cliente. Ir à farmácia substitui hoje o saudoso hábito de ir ao cinema ou ao Jardim Botânico. Antes do trabalho, você tem de passar obrigatoriamente numa farmácia, e depois do trabalho não se esqueça de voltar lá. Pode faltar-lhe justamente a droga para fazê-lo dormir, que é a mais preciosa de todas. A consequente noite de insônia será consumida no pensamento de que o uso incessante de remédios vai produzindo o esquecimento de comprá-los, de modo que a solução seria talvez montar o nosso próprio laboratório doméstico, para ter à mão, a tempo e hora, todos os recursos farmacêuticos de que pode necessitar um homem, doente ou sadio, pouco importa, pois todo sadio é um doente em potencial, ou melhor, todo ser humano é carente de remédio. Principalmente, de remédio novo, com embalagem nova, propriedades novas e novíssima eficácia, ou seja, que se não curar este mal, conhecido, irá curar outro, de que somos portadores sem sabê-lo.

Em que ficamos: o remédio gera a doença, ou a doença repele o remédio, que é absorvido por artes do nosso fascínio pela droga, materialização do sonho da saúde perfeita, que a publicidade nos impinge? Já não se fazem mais remédios merecedores de confiança? Já não há mais doentes dignos de crédito, que tenham moléstias diagnosticáveis, e só estas, e não, pelo contrário, males absurdos, de impossível identificação, que eles mesmos inventaram, para desespero da Medicina e da farmacopéia?

Há laboratórios geradores de infecções novas ou agravadores das existentes, para atender ao fabrico de drogas destinadas a debelá-las? A humanidade vive à procura de novos males, não se contentando com os que já tem, ou desejando substituí-los por outros mais requintados? Se o desenvolvimento científico logrou encontrar a cura de males tradicionais, fazendo aumentar a duração média da vida humana, por que se multiplicam os remédios, em vez de se lhe reduzirem as variedades? Se o homem de hoje tem mais resistência física, usufrui tantas modalidades de conforto e bem-estar, por que não parar de ir à farmácia e a farmácia não para de oferecer-lhe rótulos novos para satisfazer carências de saúde que ele não deve ter?

Estou confuso e difuso, e não sei se jogo pela janela os remédios que médicos, balconistas de farmácia e amigos dedicados me receitaram, ou se aumento o sortimento deles com a aquisição de outras fórmulas que forem aparecendo, enquanto o Ministério da Saúde não as desaconselhar, e não sei, já agora, se deve proibir os remédios ou proibir o homem. Este planeta está meio inviável”.

(Carlos Drummond de Andrade, 1902-1987)

RODRIGUES, Ivanildes S. **Manifestações do sofrimento psíquico:** caminhos percorridos por usuários de um ambulatório de saúde mental. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2016.

RESUMO

Este estudo foi realizado em um Ambulatório de Saúde Mental que funciona dentro de um Centro de Atendimento Psicossocial – CAPS, no município de Porto Velho/RO. A pesquisa teve como objetivo: 1) conhecer os caminhos percorridos pelos usuários na busca de alívio dos sintomas ou para o tratamento de problemas emocionais (sofrimento psíquico); 2) conhecer as manifestações desencadeadoras do sofrimento psíquico; 3) averiguar as intervenções que foram empregadas no decorrer das tentativas de tratamento e os modelos terapêuticos utilizados pelos usuários para enfrentar o sofrimento psíquico; 4) relacionar o uso de medicamentos e eventuais práticas de automedicação. A pesquisa teve um desenho qualitativo de caráter descritivo e exploratório e os dados foram obtidos por meio de análise de 120 prontuários a respeito das características desses pacientes, os sintomas e principais motivos que desencadearam o sofrimento psíquico, bem como os serviços, exames e profissionais que tiveram acesso. Foram, então, selecionados nove usuários para serem entrevistados. Também foram realizadas entrevistas com nove profissionais da assistência que atuam na unidade de saúde em questão. A partir da transcrição das entrevistas, foi feita análise das informações colhidas, usando como ferramenta a Análise de Conteúdo, gerando quatro categorias: 1) Manifestações do sofrimento psíquico; 2) O que levou ao sofrimento psíquico, 3) Alternativas de tratamento do sofrimento psíquico; 4) O uso de medicamentos (psicofármacos). A idade dos pesquisados variou de 18 a 79 anos, sendo 72% (n=87) concentrados na faixa de 30 a 59 anos, 41 eram do sexo masculino, 79 do sexo feminino. Entre os resultados observamos que na busca pelo alívio para o sofrimento se destacou a escolha pelo tratamento medicamentoso. Quanto à causa, apontaram o estresse, sobrecarga emocional, dificuldades financeiras, problemas no trabalho e na família. Como terapêutica orientada pela instituição verificou-se que persiste o tratamento centrado na doença e tendo no psicofármaco o principal instrumento de intervenção terapêutica.

Palavras-chave: Saúde Mental. Medicalização. Intervenção na Crise. Sofrimento Psíquico. Itinerários Terapêuticos.

RODRIGUES, Ivanildes S. Manifestations of Psychic Suffering: paths taken by users of an Mental Health ambulatory. Dissertation (Master in Psychology) Federal University of Rondônia, Porto Velho, 2016.

ABSTRACT

This study was performed in an ambulatory Mental Health that works within a Psychosocial care center-CAPS, in the municipality of Porto Velho/RO. The research aimed to: 1) know the paths traversed by users in search of relief of symptoms or for treatment of emotional problems (distress), 2) meet the demonstrations being the psychic suffering. 3) ascertain the interventions that were employed during the attempts at treatment and therapeutic models used by users to confront the psychic suffering. 4) relate to the use of medications and possible self-medication practices. The survey had a qualitative design of descriptive and exploratory character and the data was obtained through analysis of 120 patient records concerning the characteristics of these patients, the symptoms and main reasons that triggered the distress, as well as the services, tests and professionals who had access. Were then selected nine users to be interviewed. Were also carried out interviews with nine service professionals working in the health unit in question. From the transcript of the interviews, analysis of the information collected, using content analysis tool, generating four categories: 1) manifestations of psychic suffering. 2) which led to the distress. 3) alternative treatment of psychic suffering. 4) the use of medications (psychoactive drugs). The age of respondents ranged from 18 to 79 years, and 72% (paragraph 87) focus on the range of 30 to 59 years, 41 were male, 79. Among the results we observed that in the search for relief for suffering stood out the choice for drug treatment. As for the cause, pointed to the stress, emotional overload, financial difficulties, problems at work and in the family. As the institution-oriented therapy found to persist treatment focused on disease and taking in the psychotropic the main instrument for therapeutic intervention.

Keywords: Mental health. Psychic Suffering. Crisis Intervention. Medicalization. Therapeutic Itineraries

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Etapas da pesquisa	34
Quadro 2 – Distribuição dos participantes entrevistados no estudo	35
Quadro 3 – Categorias temáticas e questões analisadas conforme objetivos da pesquisa....	46
Quadro 4 – Categoria “Manifestações do sofrimento” descritos pelos usuários	48
Quadro 5 – Categoria "Manifestações do sofrimento psíquico" na visão dos profissionais	49
Quadro 6 – Categoria “O que levou ao sofrimento psíquico” na fala de usuários e profissionais da assistência	50
Quadro 7 – Categoria “alternativas de tratamento do sofrimento psíquico” descritos por profissionais e usuários	51
Quadro 8 – Categoria “Uso de medicamentos (psicofármacos)” descritos pelos profissionais e usuários	53
Tabela 1 – Distribuição percentual dos usuários do ASM segundo características sociodemográficas 2015	38
Tabela 2 – Tempo de adoecimento conforme dados coletados nos prontuários dos pacientes atendidos no ASM do CAPS no ano de 2015	40
Tabela 3 – Encaminhamento ao ASM do CAPS, conforme dados dos prontuários de 12 pacientes atendidos no ano de 2015	41
Tabela 4 – Sintomas mais frequentes nos 120 prontuários dos pacientes atendidos no ASM do CAPS no ano de 2015	41
Tabela 5 – Principais desencadeadores ou agravantes que levaram ao sofrimento psíquico, conforme dados dos prontuários dos pacientes atendidos no ASM no ano de 2015	43
Tabela 6 –Hipótese diagnóstica presente em 120 prontuários dos pacientes atendidos n ASM do CAPS no ano de 2015	44
Tabela 7 – Encaminhamentos após atendimento ambulatorial conforme dados de 120 prontuários dos pacientes atendidos no ASM do CAPS no ano de 2015 no período da pesquisa	44
Tabela 8 - Terapêutica realizada após atendimento médico conforme dados de 12 prontuários dos pacientes atendidos no ASM do CAPS no ano de 2015	45

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC – *Análise de Conteúdo*

ASM – *Ambulatório de Saúde Mental*

CAPS – *Centro de Atenção Psicossocial*

CEBRID – *Centro Brasileiro de Informação Sobre Drogas*

CEP – *Comitê de Ética em Pesquisa*

CID 10 – *Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*

CNES – *Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde*

CNS – *Conselho Nacional de Saúde*

CREAS – *Centro de Referência Especializado de Assistência Social*

DSM 5 – *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição*

ECA – *“Epidemiological Catchment Area” Área de Captação Epidemiológica*

ESF – *Estratégia de Saúde da Família*

FORUMADD – *Equipe Interdisciplinar Contra Medicalização e Patologização da Infância*

INSS – *Instituto Nacional de Seguro Social*

MP – *Ministério Público*

MTST – *Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental*

NAPS – *Núcleos de Atenção Psicossocial*

NCS – *“National Comorbidity Survey” Pesquisa Nacional de Comorbidade*

NIMH – *“National Institute of Mental Health” Instituto Nacional de Saúde Mental*

ONU – *Organização das Nações Unidas*

OMS – *Organização Mundial da Saúde*

OPCS – *“Office of Population Censuses and Surveys” Pesquisa de Morbidade Psiquiátrica na Grã-Bretanha*

PA – *Pronto Atendimento*

PEA – *População Economicamente Ativa*

PNH – *Política Nacional de Humanização*

POC – *Policlínica Oswaldo Cruz*

PSF – *Programa de Saúde da Família*

SM – *Saúde Mental*

SAME – *Setor de Arquivo Médico e Estatística*

SINDSAÚDE – *Sindicato dos Trabalhadores em Saúde no Estado de Rondônia*

SNA – *Sistema Nervoso Autônomo*

SNAS – *Secretaria Nacional de Assistência à Saúde*

SNC – *Sistema Nervoso Central*

SPA – *Substâncias Psicoativas*

SUS – *Sistema Único de Saúde*

TCC– *Trabalho de Conclusão de Curso*

TCLE – *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*

TOC– *Transtorno Obsessivo Compulsivo*

UBS– *Unidade Básica de Saúde*

UNIR – *Universidade Federal de Rondônia*

UPA– *Unidade de Pronto Atendimento*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo Geral	15
2.2	Objetivos Específicos	15
3	JUSTIFICATIVA	16
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
4.1	Caminhos e avanços no tratamento do adoecimento mental	17
4.1.1	Ambulatório de Saúde Mental	20
4.2	Sufrimento Psíquico	21
4.3	Medicalização e suas conceptualizações	23
4.3.1	Medicalização normalizada: A busca pelo bloqueio químico das emoções	27
4.4	Modelos de cuidado em Saúde Mental	29
4.4.1	Modelo Biopsicossocial	30
4.4.2	Modelo Biomédico	31
5	CAMINHOS DA PESQUISA	32
5.1	Natureza e tipo de Pesquisa	32
5.2	Cenário da Pesquisa	33
5.3	Participantes da Pesquisa	34
5.4	Técnicas e instrumentos de coleta de informações	36
5.5	Análise e compreensão dos dados	36
6	RESULTADO E DISCUSSÃO	38
6.1	Resultados e discussão da análise retrospectiva dos prontuários	38
6.2	Resultados e discussão da análise das entrevistas – Profissionais e usuários (pacientes)	46
6.2.1	Manifestações do sofrimento	47
6.2.2	O que levou ao sofrimento psíquico	50
6.2.3	Alternativas de tratamento do sofrimento psíquico – caminhos utilizados no alívio dos sintomas	51
6.2.4	O uso de medicamentos (psicofármacos)	53
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
	REFERÊNCIAS	59

APÊNDICES	67
APÊNDICE A	68
Roteiro das Entrevistas	68
1) Pacientes do ambulatório	68
2) Profissionais da Assistência (exceto médicos)	69
3) Médico (a) Psiquiatra da Instituição	69
APÊNDICE B	71
TCLE – USUÁRIOS (PACIENTES)	71
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	71
APÊNDICE C	74
TCLE - PROFISSIONAIS DA ASSISTÊNCIA NA INSTITUIÇÃO	74
ANEXOS	76
Aprovação da Pesquisa Pelo Comitê de Ética Em Pesquisa – CEP	77
Autorização do Gestor Estadual Para a realização da pesquisa	80

1 INTRODUÇÃO

O século XIX foi realmente o século da psiquiatria, e se o século XX foi o da psicanálise, podemos perguntar-nos se o próximo não será o século das psicoterapias.

(Elizabeth Roudinesco)¹

A sociedade contemporânea, segundo Illich (1975), retiraria o significado íntimo e pessoal do sofrimento, tratando a dor como um problema técnico, levando os indivíduos a procurarem tratamentos indutores de anestesia, abulia, apatia e inconsciência. Os efeitos de tudo isso seriam a redução do limiar de dor, o abafamento das interrogações que ela contém e a atrofia da capacidade de enfrentá-la. Conforme Pelegrini (2003), o sujeito, neste contexto, é destituído ou isentado da responsabilidade perante seu sofrimento e todo transtorno mental é tratado unicamente como se restringissem a distúrbios neurofisiológicos.

As descobertas sobre o funcionamento cerebral permitem uma ampliação dos conhecimentos no campo farmacológico para o tratamento de desordens psíquicas. Todo esse empenho, por outro lado, aumentou o desinteresse pelo sofrimento psíquico humano do ponto de vista subjetivo, que atualmente vê-se reduzido a um quadro de desequilíbrio de propriedades químicas. Assim, bastaria o uso de medicamentos para haver solução. O sofrimento mental neste cenário passa a ser descrito como um desequilíbrio químico cerebral, retirando do sujeito sua capacidade de ressignificação e de singularidade.

Muitos problemas de desequilíbrio químico cerebral podem ser positivamente alterados por meio de medicamentos, embora os efeitos adversos nem sempre possam ser seguros como ocorre com qualquer droga. Também dificilmente possuem uma eficácia completa, diferente do que é prometido pela propaganda comercial. Contudo, existem grandes investimentos na busca por “princípios ativos” em nome de uma terapêutica dos problemas psicológicos.

A busca por medicamentos que prometem resolver vários problemas psíquicos da humanidade, dentre os quais questões relacionadas ao desejo, à libido, à ansiedade, aos relacionamentos, à depressão, temores excessivos, instabilidade emocional afetiva, sono, entre outros, emerge a ideia de que estes possam resolver todos os problemas de saúde humana, inclusive nos aspectos de ordem mental, induzindo a uma falsa esperança de que assim se possa viver livre de todos esses problemas, reforçando a prática denominada de “medicalização”.

¹ ROUDINESCO, Elizabeth. A. **Por que a Psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000, p. 52.

Conrad (1992) considera que a medicalização não constitui um empreendimento exclusivamente médico, mas um processo sociocultural. Segundo ele, a medicalização é colocada como um processo pelo qual os problemas não médicos são definidos e tratados como médicos, usualmente em termos de doenças e transtornos. Isso ocorre tanto em relação a comportamentos ou eventos considerados desviantes, quanto a processos como nascimento, desenvolvimento infantil, menopausa, morte, dentre outros.

Estudos e discussões a respeito desse tema vêm sendo bastante difundidos na área da saúde. Sendo assim, entendo ser importante conhecer esse fenômeno a partir do estudo do caminho adotado por pessoas que buscam ajuda em serviços de saúde mental, de forma a verificar situações em que fenômenos relacionados a acontecimentos ou sentimentos previsíveis e corriqueiros da vida humana como tristeza, luto, desesperança, são transformados em doenças/transtornos mentais no discurso de profissionais e dessas próprias pessoas.

Assim, tornar conhecidos os caminhos percorridos por essas pessoas, com os procedimentos e encaminhamentos, bem como técnicas terapêuticas a que são submetidas, é um dos objetivos desse trabalho. Buscar-se-á conhecer a manifestação e expressão do sofrimento psíquico quando vão em busca de ajuda, o tratamento que se submeteram, incluindo o uso de psicofármacos. Em outras palavras, a presente pesquisa busca responder: Como e em que momento as pessoas procuram ajuda para resolver seu sofrimento psíquico? E qual o caminho utilizado no alívio dos sintomas?

2- OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer os caminhos percorridos por usuários que recorreram a um ambulatório de saúde mental de Porto Velho/RO, na busca do alívio dos sintomas ou para o tratamento de problemas emocionais (sofrimento psíquico).

2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer as manifestações, desencadeadores, expressões e sentido do sofrimento psíquico de pacientes de um ambulatório em saúde mental.
- Averiguar as intervenções que foram empregadas no decorrer das tentativas de tratamento e os modelos terapêuticos utilizados pelos usuários para enfrentar o sofrimento psíquico.
- Relacionar o uso de medicamentos e eventuais práticas de automedicação.

3 JUSTIFICATIVA

Faz-se necessário conhecer os caminhos percorridos por usuários de instituições de saúde mental. É frequente ouvir relatos nesses lugares de pacientes que enfrentaram longos percursos, fizeram várias tentativas para tentar aliviar sintomas psíquicos ou terem sido empurrados de um lado para o outro, sem que ofereça-se o devido acolhimento. No caso, o foco será pessoas que procuraram atendimento em um ambulatório de saúde mental, que funciona no mesmo espaço de um Centro de Atenção Psicossocial/CAPS.

Estudar o itinerário terapêutico percorrido por estes pacientes pode proporcionar o entendimento de como as pessoas aderem, avaliam determinadas formas de tratamento e constroem possibilidades de enfrentar e resolver os seus problemas de saúde-doença (ALVES; SOUZA, 1999).

Nesse sentido, é necessário conhecer o contexto, as estratégias e a maneira pela qual os indivíduos se posicionam frente ao adoecimento psíquico, e quais os modelos de organizações e serviços aos quais têm acesso. Dentre as opções, quais as escolhas e avaliações das práticas terapêuticas recebidas, bem como os direcionamentos que receberam.

Para Merino (2007), conhecer o itinerário terapêutico possibilita aos profissionais da saúde reconhecer a multiplicidade de saberes e como cada indivíduo lida com o adoecimento, assim como adéqua as orientações que recebe e como as compreende, considerando a realidade sociocultural em que vive.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Um resgate histórico da compreensão sobre a loucura nos faz contemplar as formas pelas quais ela tem sido entendida. Esta revisão busca mostrar as transformações no conceito de transtorno mental e sofrimento psíquico², bem como as práticas de cuidado em saúde mental e atenção psicossocial, em particular, as consagradas em ambiente nacional.

4.1 Caminhos e avanços no tratamento do adoecimento mental

Ao longo da história a compreensão sobre os transtornos mentais vem passando por várias transformações, de louco a doente mental, assim também como as configurações institucionais e as práticas de cuidado em saúde mental vêm se transformando no decorrer do tempo.

Há tempos problemas de ordem mental, como denominado nesta pesquisa, era sinônimo de bruxaria ou qualquer coisa mística, magia e feitiçaria, houve preocupação da caridade cristã, expressão livre do homem; na Renascença, pode gozar de certa tolerância ou ser encarada como antítese da razão que levava o confinamento de quem a portava; foi inscrita nos espaços simbólicos da morte e da doença (FOUCAULT, 2003). Ainda segundo Amarante (2007), havia uma multiplicidade de significados - de endemoniados a endeusados, de comédia e tragédia, de erro e verdade. Os lugares destinados ao doente eram vários, como igrejas, hospitais, asilos, prisões, ruas e guetos.

Com a passagem dos séculos XVI e XVII, a visão sobre esse fenômeno aos poucos vai se transformando, tomando outra forma: a ilusão. Segundo Foucault (2003, p. 38) “o amor decepcionado em seu excesso, sobretudo o amor enganado pela fatalidade da morte, não tem outra saída a não ser a demência”. E será assim que, expresso pelos movimentos literários (com Cervantes e Shakespeare), a loucura toma seu lugar como delírio ou a paixão desesperada, uma “crítica romântica da razão normativa”, uma reivindicação aos direitos da loucura censurados pela razão.

A experiência clássica da loucura nasce. A grande ameaça surgida no horizonte do século XV se atenua, os poderes inquietantes que habitavam a pintura de Bosch perderam sua violência. Algumas formas subsistem, agora transparentes e dóceis, formando um cortejo, o inevitável cortejo da razão. A loucura deixou de ser, nos confins do mundo, do homem e da morte, uma figura escatológica; a noite na qual

² A psiquiatria adota os termos “transtorno mental” (em português e espanhol) e “desordem mental” (em inglês) (DSM-5, 2014).

A expressão “portador de transtorno mental” é usada na Legislação Brasileira (BRASIL, 2012).

ela tinha os olhos fixos e da qual nasciam as formas do impossível se dissipou. O esquecimento cai sobre o mundo sulcado pela livre escravidão de sua Nau: ela não irá mais de um aquém para um além, em sua estranha passagem; nunca mais ela será esse limite fugidio e absoluto. Ei-la amarrada, solidamente, no meio das coisas e das pessoas. Retida e segura. Não existe mais a barca, porém o hospital. (FOUCAULT, 2003, p. 42)

Neste sentido, Foucault (2003) apresenta esta eminente passagem para a modernidade, quando as velhas naus ancoradas em seus portos dão espaço para as internações das pessoas consideradas loucas. O louco na sua ilusão, na sua razão desatinada, escandaliza, por vezes, uma sociedade que começava a fazer questionamentos e a buscar a verdade por meio de métodos científicos.

A contribuição cartesiana trouxe a visão de que a loucura estava no campo do absurdo:

Como poderia eu negar que estas mãos e este corpo são meus, a menos que me compare com alguns insanos, cujo cérebro é tão perturbado e ofuscado pelos negros vapores da bÍlis, que eles asseguram constantemente serem reis quando na verdade são muito pobres, que estão vestidos de ouro e púrpura quando estão completamente nus, que imaginam serem bilhas ou ter um corpo de vidro? (DESCARTES, 1639, *apud* FOUCAULT, 2003, p. 45).

A concepção sobre o insano mostra a visão acerca do que seria a incapacidade desses sujeitos a ter um convívio ou integração à sociedade, bem como a prestação de qualquer tipo serviço. Neste sistema, a internação constituía-se uma medida econômica e social:

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido (FOUCAULT, 2003, p. 78).

Neste cenário surgiu a psiquiatria na intenção de rejeitar as antigas práticas conceituais sobre o louco, de modo a querer enquadrá-lo numa objetividade puramente patológica. No entanto, “contra a vontade, estavam lidando com uma loucura ainda habitada pela ética do desatino e pelo escândalo de animalidade”. (FOUCAULT, 2003, p. 162). Assim, a psiquiatria retoma as práticas disciplinares num processo conveniente de domesticação. “O poder disciplinar é, com efeito, um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior; adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor”. (FOUCAULT, 2012, p. 153).

Consequentemente, o apropriar-se do louco trouxe o poder disciplinar, mas não perdeu suas discussões e debates.

Houve na metade do século XVIII o reconhecimento do tratamento da loucura na área médica, o chamado “tratamento moral”. Este tratamento tinha o objetivo claro de devolver a ordem e a disciplina à mente desajustada e reeducar estes pacientes para o trabalho e o reencontro com suas emoções e pensamentos (SCHECHTMAN, 2014). Houve aí, segundo Pinel, a necessidade de isolamento, a hospitalização integral, que possibilitasse o tratamento, pois a figura do louco não era considerada consciente de suas infrações às regras sociais (AMARANTE, 2007).

O termo alienação mental criado por Pinel, que significava uma desordem ou desarmonia da mente que o incapacitava de perceber a realidade, contribuiu de forma significativa na modificação da visão sobre estes pacientes, sendo agora vistos como seres enfermos que necessitam de cuidados e tratamento médico para suas enfermidades (ALEXANDER; SELESNICK, 1980).

A ineficiência deste modelo ficou evidente, com a proliferação dos hospícios. E já em meados do século XIX, os hospitais encontravam-se sobrecarregados, dando espaço para o aprofundamento e ampliação de teorias psicológicas com métodos de pesquisa e tratamentos baseados em experimentações que pudessem explicar a doença mental. Os achados empíricos demonstraram uma forte interação entre os mecanismos fisiológicos e psicológicos, de uma estreita relação entre mente e corpo - “uma explicação psicodinâmica para os transtornos mentais” (ARCA, 2015, p. 20).

Com o aprofundamento desses estudos surgiram os psicofármacos, após o ano de 1950, quando também se iniciou um esvaziamento dos hospitais psiquiátricos e uma nova perspectiva para o tratamento desses doentes. Os hospitais passam a ressignificar seus papéis, delineando sua função terapêutica ressocializante, protetora e custodial. A fragilidade deste “novo modelo” hospitalar se mostra ineficaz, visto que a recuperação não acontecia, ao contrário, a doença era reforçada e, ao mesmo tempo, transformada em mercadoria. A urgência de se pensar em um novo modelo fez-se necessária frente a este cenário. A questão passou a ser discutida em várias produções, tanto de natureza sociológica como psicológica (ZUSMAN, 2002).

Em consequência de todo esse processo, e após muitos anos de lutas e reformas, nos últimos anos no Brasil passaram a vigorar novos modos de atenção à saúde mental, com a finalidade de prover um tratamento humanizado às pessoas que sofrem de doenças psíquicas. Trata-se da proposta advinda da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, que têm

como principais prerrogativas a desinstitucionalização, o resgate da cidadania e com ela todos os direitos e deveres de qualquer cidadão, e o restabelecimento da sociabilidade. Não mais seriam chamados de “loucos”, pois os problemas de saúde mental não ocorrem como em outros adoecimentos, não se conhece com exatidão seus agentes causadores, nem mesmo se tem com devida clareza um tipo específico de tratamento para cada situação de sofrimento, sendo recomendável o uso de termos como “o portador de transtorno mental” ou “sujeito em sofrimento psíquico ou mental”, remetendo à ideia de uma pessoa que com todas as suas peculiaridades e singularidades encontra-se em sofrimento (JORGE, 2014; AMARANTE, 2007).³

Percebe-se, a partir destes movimentos, que se buscou novas formas de denominar e abordar o sofrimento humano, propondo um trabalho multidisciplinar, redirecionando a assistência em saúde mental com tratamento de base comunitária. Nessa perspectiva, surgiram os CAPS, bem como os serviços ambulatoriais de atenção diária, que buscam atender portadores de doenças (BRASIL, 2011).

4.1.1 Ambulatório de Saúde Mental

Os ambulatórios de saúde mental fazem parte da rede de atenção e se apresenta como uma das opções ao tratamento, permitindo que possa haver recuperação e melhoria do bem-estar psíquico sem a necessidade de internação. Costuma ser focado em pacientes de média ou baixa complexidade, ou seja, com sintomas mais leves e menos incapacitantes. (RABELO; COELHO; MATTOS, 2014).

Esses serviços são orientados pela Portaria nº 224/92, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS), que caracteriza o atendimento ambulatorial como um conjunto diversificado de atividades nas unidades básicas, centros de saúde ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, ou seja, atuam com diversas demandas de tratamentos.

A regulamentação dos ambulatórios implica na formação de uma equipe multidisciplinar para a realização de atividades específicas, com atendimentos individuais e

³ No início da década de 1970 surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) questionando as políticas de saúde mental vigentes na época, sob a forte influência das ideias de Franco Basaglia, responsável pela reforma psiquiátrica italiana (FIGUEIREDO, 2008). Na década de 1980 os movimentos sociais que adotavam estratégias reformistas tiveram atuação na formulação de ações de descentralização do poder e redemocratização, conseguindo que fossem instituídas novas formas de organizações das políticas públicas.

grupais, orientações, atividades educativas, visitas domiciliares e ações comunitárias. Em ambulatórios especializados a equipe multiprofissional deve ser composta por profissionais especializados de diferentes categorias, incluindo enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeuta, médicos, assistentes sociais, dentre outros.

Os Ambulatórios de Saúde Mental oferecem suporte ao atendimento dos CAPS e da atenção básica, contribuindo de maneira significativa, pois nos locais que não apresentam algum Centro de Atenção, faz-se necessário a presença de uma unidade ambulatorial para suprir a demanda dos atendimentos, conforme preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007).

O serviço ambulatorial e os CAPS apresentam-se muitas vezes no mesmo local, levando à dificuldade da diferenciação das atividades de ambos. Essa questão é denominada por Ramminger e Brito (2012) como “hibridismo paradoxal”, que influencia negativamente nas atividades dos CAPS. Sontag, Schiefferdecker e Areosa (2013) atentam para o aumento da demanda no CAPS, o que o descaracteriza dos serviços habituais e contribui para o cenário de ambulatório.

4.2 O sofrimento psíquico

Não há despertar de consciências sem dor. As pessoas farão de tudo, chegando aos limites do absurdo para evitar enfrentar a sua própria alma. Ninguém se torna iluminado por imaginar figuras de luz, mas sim por tornar consciente a escuridão.

(Carl Gustav Jung)

O sofrimento pode ser visto ou sentido, como: dor física ou moral, prejuízos, declínio, tristeza, angústia. Ainda segundo Cunha (1997), também como o ato ou efeito de sofrer. Sofrer: “suportar, aguentar, padecer”.

Pode-se entender como experiência de sofrimento psíquico humano toda dor, sofrimento, que seja de origem subjetiva e intersubjetiva, em situação relacional e ambiental e em contexto sociocultural específico. Assim, frente a situações/contextos no limite de sua capacidade de suportá-las, sendo difícil aguentar esse mal-estar que lhe acomete, padece-se em consequência de uma experiência humana que percebe como “sem sentido”, buscando soluções para tal (BAURUS-MICHEL, 2004).

Desde o nascimento o sujeito passa por diversos desafios, experienciando sentimentos positivos e negativos. Algumas pessoas, devido a contingências da vida e outros fatores de cunho idiossincráticos, passam por tudo isso de forma mais intensa, sendo expostas a

situações mais difíceis por períodos mais extensos. Essas dificuldades e exposições podem gerar sofrimento, ou se transformar em grandes obstáculos, os quais podem adoecê-la interferindo na sua qualidade de vida (VASCONCELOS, 2001).

Com o passar dos anos a forma como a sociedade passou a lidar com esse tipo de sofrimento foi sendo modificada. No passado privilegiavam-se os sentimentos e os espaços para a reflexão e introspecção. Atualmente, evita-se entrar em contato com o sofrimento. Procura-se superá-lo rapidamente, afastando-se da dor e, quando a experiência da dor emocional é vivida, quase sempre é uma vivência solitária - e a dor deve ser sanada rapidamente (PELEGRINI, 2003).

Para Luz (2005) esse afastamento e a dificuldade dos sujeitos em lidar com o sofrimento ocorrem porque a subjetividade está sob a influência da cultura moderna, os princípios que regem e organizam o capitalismo nos processos relacionais socioculturais⁴ estão interiorizados. Com a fragilização das relações humanas há um aumento na procura dos serviços de saúde, devido a sintomas físicos de somatização⁵ e, conseqüentemente, uma sobrecarga nos serviços de saúde mental devido aos adoecimentos advindos desse processo, que gera, conseqüentemente, sofrimento psíquico, que interfere em todos os aspectos de sua vida (KIRMAYER; ROBBINS, 1991; BRIDGES; GOLDEBERG, 1985).

É necessário compreender e acolher com cuidado essa população que procura o atendimento da rede de saúde com queixas de sofrimento psíquico, pois a alta prevalência de pacientes/usuários com tais sintomas chama a atenção, sendo uma das principais demandas. Entretanto, para que ocorra uma intervenção terapêutica eficaz deve-se identificar o tipo de sofrimento apontado por esses pacientes e quais os procedimentos devem ser adotados (LIMA et al., 2008; FONSECA, 2007).

Tais procedimentos compõem os caminhos terapêuticos que são adotados - e se não forem realizados de forma adequada, geram aumento nos gastos com a saúde pública, pois costumam envolver consultas, exames, medicamentos etc. Para os pacientes implicam em sofrimento desnecessário, pois não veem resolutividade.

⁴Como exemplo: a competição, sucesso, individualismo, lucro, vantagem, consumismo etc.

⁵ Estes autores citam este evento como “somatizadores de apresentação”, pois possuem quadros ansiosos ou depressivos de curta duração, reconhecem e relatam a origem psíquica de sua queixa, possuem pouca adesão ao papel de doente, praticamente não há nenhum ganho secundário, e representam 90% dos pacientes que procuram os serviços de saúde.

4.3 Medicalização e suas conceitualizações

O termo medicalização vem sendo compreendido de maneiras diferenciadas no decorrer do tempo. As primeiras menções teriam ocorrido no início da década de 1960 e desde então passou a ser um importante campo de interesse para pesquisas a respeito da saúde e da sociedade (NYE, 2003).

A observação de um cenário, que mostra com clareza um crescimento cada vez mais frequente do número de problemas da vida que são definidos em termos médicos, levou alguns pesquisadores a denunciarem a ampliação da apropriação da medicina de aspectos da vida humana para além de sua alçada.

A medicalização, um termo descritivo de algo que “se tornou médico”, é utilizada pela maioria dos autores (Dantas, 2009; CLARKE et. al., 2003; CONRAD, 1975; CONRAD; SCHNEIDER, 1980) como uma crítica negativa ao excesso de medicamentos consumido pelos indivíduos nos seus processos de adoecimento e/ou conflitos. Esse termo passa, assim, a denunciar a crescente influência da medicina em campos que não lhe pertence, tornando os indivíduos dependentes da medicina para cura de todos os seus males.

Essa apropriação transforma aspectos próprios da vida em patologias, diminuindo, assim, o espectro do que é considerado normal ou aceitável. A questão fundamental dos principais trabalhos sobre a medicalização era mostrar como determinados comportamentos que até então eram considerados imorais (alcoolismo, desordens mentais e alimentares, homossexualidade, delinquência, disfunção sexual, dificuldades de aprendizagem, abusos sexuais, entre outras) passaram a ser definidos como médicos. Não apenas estes comportamentos desviantes, mas processos comuns da vida, mesmo quando não envolvem disfunções, como menstruação, climatério e outros fatores relacionados ao envelhecimento, estavam, e ainda estão sendo cada vez mais apropriados pela medicina (CLARKE et. al., 2003; CONRAD, 1975; CONRAD; SCHNEIDER, 1980).

A medicalização, segundo Dantas (2009), é um termo usado para descrever o processo pelo qual o modo de vida das pessoas é apropriado pela medicina. Aponta com propriedade como a Ordem Médica interfere na vida social, econômica e até política das comunidades contemporâneas.

A medicalização seria descrição de “um processo pelo qual problemas não-médicos transformam-se em definições e tratamentos de problemas médicos, frequentemente em termos de doenças e distúrbios” (CONRAD, 1992, p. 209). Também seria a expansão da jurisdição médica ou dos limites da medicina para além de seu tradicional campo de atuação.

Conrad (1992) afirma que o conceito em questão entrou na literatura científica das ciências sociais durante a década de 1970 devido à necessidade de criticar a supermedicalização da sociedade naquele momento. No mesmo sentido, Illich (1975, p. 7) faz uma crítica das consequências geradas por essa invasão da medicina na vida social ao afirmar que “a medicalização perniciosa da saúde é apenas um dos aspectos de um fenômeno generalizado”.

Essas condições, segundo Conrad (1992), inserem-se em três níveis de análise para a compreensão da medicalização, que são: conceitual, institucional e interacional.

1. Conceitual: seria a utilização de vocabulário ou modelo médico (DSM 5) que regula ou define problemas servindo de modelo para ordená-los ou defini-los como, por exemplo, etiologias e sintomatologias descritas no diagnóstico (causas e sintomas).

2. Institucional: adoção de enfoque médico para lidar com um problema no qual a organização se especializa. Aqui eles podem falar sobre o problema e tratá-los a partir de convenções já instituídas e legitimadas pela categoria médica. A rotina cotidiana de trabalho adota os critérios médicos, mas não é desempenhada por esses profissionais; havendo o encaminhamento a outros profissionais.

3. Interacional: a medicalização como efeito direto da interação médico-paciente, tanto no diagnóstico de uma queixa ou sintoma como uma doença/transtorno quando lida com uma questão social com uma forma médica de tratamento. Aqui, o médico define o problema de seu paciente como sendo exclusivamente da medicina, ou trata problemas sociais por meio de ferramentas médicas.

Conrad (1992) pontua que a chave do controle social da medicina estaria no nível conceitual, de onde vem a autoridade para definir comportamentos, pessoas ou coisas como fatos médicos. A ampliação desse status e monopólio da medicina contribui para que a profissão legisle sobre qualquer coisa que possa ser denominada como saúde ou doença.

Illich (1975) faz forte crítica à atuação da medicina moderna que traz como resultado um “imperialismo médico⁶”. A medicalização da vida seria o resultado da industrialização que propiciou os processos de profissionalização e burocratização da medicina.

O crescimento da jurisdição médica foi, para muitos, uma das mais potentes transformações da segunda metade do século XX, pois transforma aspectos próprios da vida em patologias. O efeito mais evidente tem sido a medicalização de comportamentos e sentimentos que antes considerados como aflições aceitáveis, associadas à própria condição

⁶ Termo usado pelo autor para se referir ao processo de supervisão médica de todos os aspectos – ordinários – da vida.

humana, ou à vida num contexto de modernização, passam a ser considerados e definidos como problemas médicos. Essa definição interfere na vida social, cultural, econômica, política etc (CLARKE et. al., 2003; CONRAD, 1975; DANTAS, 2009; CONRAD; SCHNEIDER, 1980).

Dantas (2009 p. 54) discute as questões de transformar o viver em uma doença. Afirma: “Viver não é uma doença. Viver é viver com todos os riscos. E para esta vida não há *Prozac*”⁷. Há as experimentações, reflexões e acima de tudo, as escolhas. A medicalização social se preocupa em tornar as dificuldades da vida em problemas da medicina, tendo como objetivo a intervenção política no corpo social⁸.

A expansão da medicalização e controle da sociedade, assegurada pelo saber médico, é uma realidade. Um dos pontos onde esse fenômeno se destaca nem sempre é percebido, são as questões em torno da saúde mental.

O “fenômeno da medicalização” está muito presente em nossos dias, e ocupa um importante lugar no jogo de interesses do poder econômico. Assim, o consumo de medicamento constitui o principal meio de combate à doença na prática terapêutica, sendo a principal ferramenta. Como consequência, deixa-se de ter uma visão clara dos problemas e seus determinantes, resultando na crença generalizada de uma impossibilidade de enfrentamento sem o uso do medicamento que é oferecido pelo sistema médico-industrial (DIMENSTEIN et. al. 2009; CORDEIRO, 1985).

Outra definição que merece destaque é a de Angelucci e Souza (2010, p. 9) que definem a medicalização como “um processo que confere uma aparência de problema de saúde a questões de outra natureza, geralmente de natureza social”. Não se restringiria somente ao campo da medicina e aos tratamentos medicamentosos, mas se estende também a campos de outros profissionais da saúde.

A medicalização é uma forma de apropriação do modo de vida do indivíduo e acarreta a diminuição da possibilidade de reflexão por parte dos envolvidos. Essa conduta contribui para que o paciente se torne alienado do seu corpo, tendo sua autonomia reduzida (AGUIAR,

⁷ Jargão utilizado pelo autor, e retirado do texto em referência:

Medicalization and Social Control. Annual Review of Sociology, Massachusetts, Brandeis University, 18:209-32. 2009. p.54.

⁸Conforme Conrad (1992) as grandes inspirações para o desenvolvimento das análises sobre o fenômeno da medicalização e controle social foram: a teoria do rótulo (labelingtheory) e o trabalho de Talcott Parsons, com sua conceitualização da medicina como uma instituição de controle social, ao revisitar obras que analisaram as proposições políticas subentendidas no saber produzido pela medicina e esta, intervindo no corpo social. Questões coletivas são tomadas como individuais; problemas sociais e políticos são tornados biológicos.

2004; LUZ, 1995; SILVA, 2008). A consequência desse processo seria o banimento das outras formas de tratamento psíquico. Como aponta Aguiar (2004, p. 23):

Se a remedicalização da psiquiatria não significa necessariamente uma renúncia declarada às abordagens psicoterápicas, estas para se adequarem à nova situação, devem necessariamente se submeter ao padrão metodológico dominante na medicina, onde só tem validade o que puder ser descrito e observado de maneira objetiva, para ser testado empiricamente através de métodos estatísticos e quantitativos. Independentemente de qual seja o tipo de abordagem teórica ou terapêutica, a eficácia dos tratamentos passa a ser avaliada através de critérios objetivos que favorecem as intervenções que atuem diretamente na redução e controle dos sintomas.

A necessidade de banimento da dor ou do sofrimento e, necessariamente, a ideia de que existe um medicamento que resolva tal situação, retira do indivíduo a capacidade de pensar, refletir sobre suas mazelas e sobre suas implicações nesse processo, buscando necessariamente o meio mais fácil, senão o único, para resolução de seus conflitos.

Segundo Dantas (2009), a geração contemporânea busca incessantemente algo que solucione todo tipo de sofrimento. A morte perde sua naturalidade e nasce a ideia de perenidade da felicidade e de “cura” de todos os males por intermédio de pequenos comprimidos químicos.

Os psicofármacos se tornaram uma verdadeira panaceia no enfrentamento de todo o tipo de mal-estar social em nossa civilização, revelando assim a intenção de suprimir, via medicamentos, o enfrentamento dos dramas humanos. É um fato que, em nossa contemporaneidade, qualquer sinal de sofrimento psíquico está sujeito a ser transformado em objeto de práticas médicas limitadas a sumárias rotulações diagnósticas quase sempre acompanhadas pela prescrição de algum tipo de medicamento, como dizem vários autores estudiosos desse campo (CAPONI, 2012; COSTA-ROSA, 2011; RABELO, 2011; FERRAZZA et. al., 2010; TESSER, 2010).

A apropriação da medicina sobre o indivíduo se coloca como uma ameaça à capacidade de dar respostas sociais e simbólicas à dor e ao sofrimento. A ideia hegemônica de que o bem-estar exige a eliminação da dor, a correção de todas as anomalias e o desaparecimento das doenças força os indivíduos a buscar incessantemente a instituição médica e a prestação de serviço profissional, reduzindo sua capacidade de fazer e se transformar frente ao seu meio e suas adversidades (ILLICH, 1975).

A medicalização tem assim cumprido o papel de controlar e submeter pessoas, abafando questionamentos e desconfortos; cumprindo também um papel de ocultar violências

físicas e psicológicas, transformando essas pessoas em “portadores de distúrbios de comportamento e de aprendizagem” (CARTA DO MERCOSUL, 2011)⁹.

Chama atenção a gravidade desse momento histórico, considerando que se está à mercê de projetos políticos que correspondem a interesses de determinados segmentos hegemônicos da sociedade de classes e não atingem, de fato, um projeto nacional para as classes populares. Estudos mostram que os psiquiatras apenas fazem o levantamento da existência de sinais e sintomas em sua classificação sindrômica, tendo como único recurso a prescrição medicamentosa para alívio e supressão desses sintomas. O que se observa agora é uma substituição de padrões de tratamento, ao invés de contenção física; um método utilizado em épocas anteriores, tem-se agora a contenção química, que vem se tornando a terapêutica mais aclamada por alguns pacientes (ZANELLO; FONSECA; ROMERO, 2011).

Observa-se a transposição de um modelo exclusivamente subjetivista para o extremo oposto. Surge a necessidade, conforme vem sendo discutido, de construir uma história que privilegie os modos de subjetivação individuais, erradicando a mercantilização do sofrimento e a medicalização das “mazelas” sociais. Pretende-se buscar alternativas de tratamento eficazes que não transformem as questões de ordem política, social e cultural em distúrbios e transtornos (ILLICH, 1975).

4.3.1 Medicalização normalizada: A busca pelo bloqueio químico das emoções

Muita gente fala “Ah! Eu quero passar direto pelo médico”, acaba que fica um trabalho muito medicalizado. Agora, você mudar essa cultura também tem o lado de...o paciente não quer mexer com as suas feridas, seu estilo de vida, para ele é mais fácil tomar o remedinho, ter o diagnóstico “Ah! Eu tenho isso, eu tenho transtorno bipolar que o doutor falou”. A “fíla da alegria que é para resolver logo e sair tudo bem, vamos lá! ”... Então assim, é complicado... assim, porque todo mundo quer ser medicado. ” Vamos dar um remedinho e que fique tudo bem, tudo feliz, alegre e contente.

(Médico 1)¹⁰.

Moura e Ewald (2007) expressam sua opinião em relação ao consumo de medicamentos pela sociedade moderna, segundo os autores, essa geração vê suas angustias

⁹ Entre os dias 02 e 04 de junho de 2011 reuniram-se em Buenos Aires (Argentina) representantes do FORUMADD (Equipe interdisciplinar contra a medicalização e patologização da infância) e do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade (Brasil). Neste evento construíram em conjunto um documento intitulado: A Carta do MERCOSUL. Este documento se tornou um marco inicial da articulação entre profissionais dos campos da saúde e da educação de ambos os países, comprometidos com a defesa da vida, da ética e da ciência.

¹⁰ Um dos profissionais entrevistados, sobre os quais será apresentado de forma ampliada a partir da descrição metodológica desta Dissertação.

como ameaças pesadas demais para suportá-las, sendo necessária a eliminação deste sentimento o mais urgente possível. Assim, em um período marcado pela cultura do excesso, da urgência, do hiperconsumo e da fluidez, o consumo de medicamentos seria a melhor alternativa de solução de seu sofrimento.

O processo de medicalização social, segundo Tesser (2006), advindo da expansão progressiva do campo da biomedicina e da perspectiva capitalista transforma e redefine o comportamento dos sujeitos, compreendendo o consumo de psicofármacos como uma transformação do sujeito, como se pode ver a seguir:

A medicalização transforma culturalmente as populações, com um declínio da capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos e das dores cotidianas. Isso desemboca num consumo abusivo e contra produtivo dos serviços biomédicos, gerando dependência excessiva e alienação [...] Previsível consequência da socialização forçada e acelerada do estilo de pensamento biomédico (centrado no controle, nas ações e interpretações heterônomas) para contingentes populacionais pouco modernizados, pluriétnicos e multiculturais, como a maioria da população brasileira. (TESSER, 2006, p. 61)

Em estudos realizados com adolescentes no Rio Grande do Sul, Chaise et al (2008) também revelam que o dispositivo da medicalização modifica a concepção de saúde construída pela sociedade, transformando culturalmente os sujeitos e comprometendo de forma significativa as estratégias para a prevenção e tratamento de seu adoecimento.

Em uma sociedade medicalizada, o sofrimento e qualquer tipo de dor perturba e desnorteia o sujeito, que sem ter outros recursos entrega-se ao tratamento médico. Assim, sem ter como conhecer outra saída e entregue a essa cultura, cada um aprende a conceber suas mazelas como um fato clínico médico, submetendo-se a tratamento químico que bloqueie seu sofrimento. Demarca-se assim o consumo de psicofármacos como uma “tecnologia de si” na contemporaneidade (TESSER, 2006; IGNÁCIO; NARD, 2007).

Neste estudo¹¹ sobre consumo de psicofármacos, Ignácio e Nard (2007) concluem ainda que a partir de um cotidiano constituído nos modos políticos específicos da biopolítica¹², a legitimidade dos modos de cuidado nos quais o medicamento possui um lugar

¹¹ IGNÁCIO, V.T.G.; NARD, H.C. “A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos.

¹² O termo Biopolítica é utilizado nas obras de Foucault para designar a forma na qual o poder vem sofrendo modificações a partir do final do século XIX e início do século XX, ocupando-se dos processos biológicos relacionados ao homem, tendo como alvo a população, e como tarefa principal a regulamentação e o controle do indivíduo e da sociedade (IGNÁCIO; NARD, 2007).

de centralidade, diminui de forma significativa as possibilidades da emergência de outras formas de resistência. As formas coletivas de enfrentamento do sofrimento de diversas origens, como: depressão, ansiedade, transtornos psicóticos, solidão, crises econômicas, tristeza etc., instaura o modo de cuidado peculiar da contemporaneidade: o excesso de uso de medicamentos.

O uso de psicofármacos tem aumentado significativamente no mundo. No Brasil, de acordo com pesquisa do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID – 2009) em 2005, o uso de psicofármacos aumentou de forma significativa em apenas 4 anos, havendo uma tendência crescente de dependência dessa droga (psicofármacos).

Na contemporaneidade, segundo Bezerra (2013), as pessoas tendem a absorver as modificações urbanas e sociais, não possuindo capacidade emocional e psíquica que dê conta destas questões, gerando o sofrimento psicológico.

Essa fase seria uma forma normal de adaptação do organismo, que frente as dificuldades emocionais e psíquicas de lidar com as modificações, ativa o Sistema Nervoso Central (SNC), produz modificações na estrutura e na composição química do corpo, nesse estado as reações são canalizadas para órgãos específicos ou para determinados sistemas do organismo como o cardiológico, muscular, digestivo etc., um estado de alerta geral, sendo mobilizada a parte Simpática do Sistema Nervoso Autônomo (SNA), gerando sensações corporais que são tidas como ameaçadoras. De acordo com Rodrigues (1997, p. 24) seria "Uma relação particular entre uma pessoa, seu ambiente e as circunstâncias às quais está submetida, que é avaliada pela pessoa como uma ameaça ou algo que exige dela mais que suas próprias habilidades ou recursos e que põe em perigo o seu bem-estar".

Nesse mesmo pensamento, Britto (2012) pontua que as emoções negativas são partes adaptativas do comportamento humano. Em estudo posterior, Britto (2013) nos mostra que, frente as alterações perturbadoras de seu organismo, a pessoa fará o que estiver ao seu alcance no intuito de remover as sensações corporais que lhe ameaça, restando a busca incessante por consultórios médicos e por tratamentos clínicos tendo como foco a medicação que possa sanar seu sofrimento.

4.4 Modelos de cuidado em Saúde Mental

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

(BOFF, 1999, p. 12).

O cuidar representa mais do que uma atitude. Os seres humanos necessitam de cuidados desde o seu nascimento, sendo o mesmo a base de toda a existência humana e de tudo o que esta produz. Diante desse quadro, modelos de atenção à saúde mental foram propostos visando um tratamento mais eficiente.

4.4.1 Modelo Biopsicossocial

As técnicas de cuidados, ou técnicas cuidadoras, se fazem importantes no processo de trabalho em saúde, sendo elas a base de todo o serviço direcionado aos pacientes, cuja finalidade a ser alcançada é a cura, a proteção e a promoção da saúde, quando possíveis (MERHY, 1998). Em saúde mental faz-se necessário o cuidado às necessidades e não apenas a atenção aos sintomas ou à doença. Na busca de superar o modelo curativista ou biomédico, as concepções e ações em saúde adotam um modelo humanizado (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

Nessa linha de cuidado, tem-se a Política Nacional de Humanização (PNH) que apresenta como proposta a necessidade de alcançar uma maior qualificação da atenção e da gestão de técnicas de desvelo em saúde. Uma política de aperfeiçoamento que visa a qualificação dos vínculos interprofissionais e vínculos com os usuários na produção de saúde (DIMENSTEIN, 2006).

Seria assim, segundo González Rey (2002; 2007), um resgate da essência da condição humana, tendo o cuidado como elemento essencial para esta condição, no qual a subjetividade não poderia estar fora desta perspectiva, pois são nos momentos de interação que as emoções e os afetos produzem novas experimentações que entram em contato com outros elementos da vida psíquica, formando novos sistemas que se apresentam em forma de conexão e movimento.

O foco do modelo biopsicossocial de cuidado, no que se refere à saúde mental, visando um tratamento eficaz, está não somente na doença em si, mas em todos os aspectos do adoecimento psíquico, estejam eles relacionados às dimensões fisiológicas, psicológicas, sociais, ambientais etc (SILVA et al., 2011).

Este modelo de cuidado envolve, segundo Mandú (2004), a contínua reconstrução de significados e a criação de um espaço relacional que permita olhar a pessoa para além de sua doença, levando em consideração seu conhecimento sobre si, sobre o outro, sobre o mundo e

sobre o significado que este processo de adoecimento lhe traz. Assim, o cuidado em saúde traz, em sua essência, a reconstrução conjunta de sentidos em direção a uma vida saudável em todos os aspectos.

4.4.2 Modelo Biomédico

O surgimento do modelo biomédico teve suas origens na teoria mecanicista proposta por pensadores como Descartes. O mecanicismo cartesiano analisa o homem como um sistema mecânico, visto por partes, de modo a ter uma melhor compreensão de seu funcionamento. Esta forma de explicação entende o corpo humano como uma máquina complexa, que precisa ser dividida em partes para compreensão (GRANGER, 1979).

O modelo biomédico que estuda o funcionamento do sistema nervoso pressupõe a explicação de que a doença é “causada por agentes biológicos, em corpos biológicos, com repercussões biológicas” (MENDES, 1996, p. 16). O foco deste modelo é o indivíduo doente e as ações priorizadas são de cura de sua doença, não havendo interação. Assim, o Modelo Biomédico é “[...] caracterizado pela explicação unicausal da doença, pelo biologicismo, fragmentação, mecanicismo, nosocentrismo, recuperação, reabilitação, tecnicismo e especialização”. (CUTOLO, 2006, p. 16)

O homem, no modelo biomédico, não é visto em todas as suas dimensões, sendo visto como uma máquina, fragmentado. O que ganha espaço é o diagnóstico e o tratamento com vistas à cura da doença (CUTOLO, 2006). Até os dias atuais, ainda segundo o autor, é este modelo que influencia o tratamento na atenção à saúde mental, seja em instituições do SUS ou em consultórios particulares, tendo a definição de saúde¹³ como norteador de ações. O médico foca nos sinais e sintomas da doença, negligenciando aspectos e dimensões importantes para o restabelecimento do paciente.

Este modelo tem sido indispensável no desenvolvimento de tratamentos baseados em medicamentos para os transtornos mentais. O uso de medicamentos e sua aplicação racional mostra-se importante para o tratamento de diversos quadros de sofrimento psíquico, reduzindo de forma significativa a severidade de quadros sintomáticos nos adoecimentos, otimizando os efeitos de procedimentos terapêuticos de outros profissionais no tratamento (BARROS; SALLES, 2007).

¹³ A "Organização Mundial de Saúde" (OMS) define a saúde como: "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades" (BRASIL, 1977).

5 CAMINHOS DA PESQUISA

5.1 Natureza e tipo de Pesquisa

Com a finalidade de proporcionar conhecimento e compreensão do fenômeno a ser estudado e considerando os objetivos desta pesquisa, optou-se pela abordagem qualitativa, a qual requer que as informações coletadas sejam acessadas no marco contextual da situação social investigada.

Buscou-se ir por um caminho que pudesse revelar e explorar as interações cotidianas, procurando conhecer e compreender, a partir de seus locutores, o sofrimento psíquico e a assistência prestada a esse tipo de adoecimento.

O enfoque metodológico qualitativo proporciona “captar” o fenômeno investigado a partir do olhar dos sujeitos que se encontram envolvidos nesta pesquisa. Pretende-se, de tal maneira, incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais, o qual propicia a contextualização da situação social em que se encontram, como também oferece subsídios para enfatizar os aspectos relacionados à intensidade da vivência destes fenômenos e dos seus desdobramentos nas relações humanas a partir da “[...] necessidade de o pesquisador relativizar o seu espaço social, aprendendo a se por no lugar do outro.” (MINAYO, 2010, p. 274).

Ainda em relação à pesquisa qualitativa, Minayo (2010) enuncia no tocante à compreensão dos significados e sentidos atribuídos ao sofrimento psíquico:

[...] a pesquisa qualitativa é fundamental para atingir o objetivo de conhecer as características do cuidado oferecido aos indivíduos em sofrimento psíquico em um serviço substitutivo conforme o entendimento dos seus profissionais, pois permite desvelar processos sociais pouco conhecidos e construir novas abordagens, conceitos e categorias durante a investigação, sendo aplicável ao estudo das relações, percepções e opiniões da interpretação humana. (MINAYO, 2010, p. 101).

Para compreender a problemática a ser estudada a partir dos objetivos aqui propostos, foi realizada uma pesquisa exploratória, apoiada na abordagem qualitativa, de natureza descritiva. Escolher o caminho a ser trilhado e a definição dos instrumentos para coleta de dados são quesitos fundamentais em uma pesquisa, sendo essenciais para a abordagem da realidade a ser contemplada.

De acordo com Selltiz (1987), a pesquisa exploratória visa produzir uma descrição qualitativa e quantitativa do fenômeno pesquisado, estabelecendo critérios, métodos e técnicas

para a elaboração de uma pesquisa. Nas atividades exploratórias concentram-se as importantes descobertas científicas, visando à elucidação de fenômenos ou à explicação daqueles que não eram aceitos apesar de evidentes.

Para Mattar (1996) a pesquisa exploratória é empregada particularmente para dotar o pesquisador de maior conhecimento sobre o tema que está sendo tratado ou o problema de pesquisa.

Trata-se também de uma pesquisa descritiva, cuja finalidade é observar, registrar e analisar os fenômenos. Consiste em classificar e interpretar sem interferir nos resultados obtidos. O processo descritivo visa à identificação e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno ou processo (GIL, 2008).

5.2 Cenário da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Porto Velho-RO em um Ambulatório de Saúde Mental (ASM) que funciona junto a um Centro de Atenção Psicossocial/CAPS. Este serviço foi implantado pela gestão estadual e atende à demanda da capital e de outros municípios de Rondônia.

É um espaço bem localizado e de fácil acesso. Possui um espaço físico amplo e adequado, com sala de espera, recepção, cozinha, refeitório, sala de reuniões, quadra coberta e salas de enfermagem e aplicação injetável, farmácia, sala administrativa e salas de atendimento, num total aproximado de 1000m², onde funcionam tanto o ASM, quanto o CAPS.

As salas de atendimentos de ambas as demandas (ASM/CAPS) não são especificadas, os profissionais que recepcionam os pacientes/usuários do ambulatório, utilizam a mesma sala para os pacientes CAPS. Todos são recepcionados e triados no mesmo local e pelo mesmo profissional da vez.

A demanda do ASM, conforme dados do Setor de Arquivo Médico e Estatística (SAME) até 2015, era de aproximadamente 15.800 usuários cadastrados, sendo que em torno de 6.500 foram atendidos entre 2014 e 2015. A procura pelos serviços do ASM por pacientes com transtornos leves a moderados é alta, sendo que a maioria deles, conforme dados do local, apresentam queixas relacionadas à depressão e ansiedade.

Os serviços oferecidos pelo CAPS são: grupo de yoga, artesanato, atividades terapêuticas coletivas como dança circular, oficinas de canto, grupos de geração de renda,

oficina de memória e grupos psicoeducativos na sala de espera. Sendo estes oferecidos a todos os pacientes do CAPS e aos pacientes do ASM.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), até setembro de 2015 o número de funcionários efetivos com formação superior, cadastrados para atenderem na instituição ora mencionada, era de 19 profissionais. Classificando esses trabalhadores por categorias profissionais têm-se: dois enfermeiros, quatro assistentes sociais, cinco psicólogos, um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional e seis médicos psiquiatras. (CNES, 2015)¹⁴.

5.3 Participantes da Pesquisa

A primeira etapa deste estudo foi a de selecionar uma amostra de 120 prontuários de pacientes atendidos no ambulatório de saúde mental, nos meses de outubro a novembro do ano de 2015, cujas idades fossem superiores a 18 anos, e atendessem aos critérios da pesquisa. A amostra foi resultado da dedução do quantitativo de pacientes atendidos pelo ambulatório ao longo de 2 (dois) anos, num total de quase 16 mil pacientes, sendo que, 120 prontuários foi considerada uma amostra razoável para 2 (dois) meses de pesquisa.

A segunda etapa foi selecionar nove participantes-usuários extraídos dos prontuários selecionados anteriormente que vieram em busca dos serviços prestados no ambulatório para responder as questões (entrevista semiestruturada) proposta pelo estudo.

Participaram também do estudo durante a terceira etapa os profissionais com formação superior que atuam no ambulatório, conforme descrito no quadro a seguir:

Quadro 1 – Etapas da pesquisa

ETAPA	AMOSTRA	OBJETIVOS
I	Seleção e análise de 120 prontuários de pacientes atendidos no ano de 2015.	A análise buscou dados como identificação do paciente (idade, sexo, estado civil e profissão), tempo de tratamento, presença de desencadeador que levou ao sofrimento, como chegou ao ambulatório, queixa, hipótese diagnóstica, encaminhamento e terapêutica a que foi submetido.
II	Seleção de nove pacientes/usuários do serviço ambulatorial, atendidos durante a pesquisa.	Buscou-se ouvi-los quanto à história de vida de cada um, com enfoque aos fatos e sentimentos que os levaram a procurar o ambulatório de saúde mental, e as terapêuticas as quais foram submetidos.

¹⁴CNESnet. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Profissional.asp?VCo_Unidade=1100203431290 Acesso: nov. 2015. Atualização em 04/09/2015.

III	Entrevista com nove profissionais da assistência	O objetivo de entrevistá-los foi obter informações sobre os caminhos percorridos pelos pacientes até a chegada à consulta, as queixas trazidas por esses usuários, bem como quais procedimentos terapêuticos a que foram submetidos etc.
-----	--	--

Fonte: Metodologia da pesquisa, 2016.

Os participantes da pesquisa, selecionados dos prontuários analisados anteriormente e os profissionais que atendem no ambulatório, foram distribuídos em dois grupos: Grupo I (Profissionais da assistência): dois médicos psiquiatras, três psicólogos, dois enfermeiros e dois assistentes sociais e Grupo II (paciente/usuários do ambulatório): nove usuários, conforme o quadro a seguir.

Quadro 2 - Distribuição dos participantes entrevistados no estudo.

GRUPO	REPRESENTAÇÃO	Nº DE ENTREVISTADOS
I	Profissionais da Assistência (Formação superior)	09
II	Usuários	09
Total		18

Fonte: Metodologia da pesquisa, 2016.

Na composição de cada grupo foram considerados os seguintes critérios de inclusão: (Grupo I) Funcionários efetivos do ambulatório com formação superior, que atuam na assistência a estes pacientes e concordam em participar da pesquisa; (Grupo II): Pacientes (usuários) maiores de 18 anos; ambos os sexos; atendidos no ambulatório do CAPS; concordância em participar da pesquisa mediante assinatura de TCLE; sintomas de sofrimento psíquico, sem diagnóstico de doença mental grave (psicose); discernimento preservado.

O critério de exclusão foi o não atendimento dos requisitos mencionados acima.

Todos os aspectos éticos foram respeitados em consonância com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Rondônia, tendo sido aprovado pelo referido comitê sob o número 1.246.619/2015 (Anexo 1), além da autorização do gestor Estadual e diretora da Instituição de saúde (CAPS), onde funciona o serviço de Ambulatório de Saúde Mental (ASM) (Anexo 2).

Os participantes foram convidados a atuar como voluntários, esclarecidos sobre o estudo e objetivos da pesquisa, garantindo-lhes liberdade e autonomia para recusar o convite. Após todas as informações serem repassadas, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que contempla todos os aspectos exigidos em pesquisa com seres humanos (Apêndice B e C).

5.4 Técnicas e instrumentos de coleta de informações

As técnicas de coleta das informações foram: Análise retrospectiva dos prontuários e entrevistas semiestruturada com os participantes da pesquisa.

A análise retrospectiva, segundo Gil (2008), consiste em uma pesquisa de levantamento, sendo investigado um número maior de variáveis importantes e representativas, e seus resultados podem ser generalizados a um número maior de pessoas. O estudo retrospectivo - conforme esse autor - consiste na aquisição de dados num espaço de tempo para discussão e análise.

Minayo (2010, p. 191) considera a elaboração de um roteiro de entrevista como um procedimento importante que “deve desdobrar os vários indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas”. O pesquisador, ao entrevistar o sujeito, pode pedir-lhe mais informações e detalhes, considerando que algo não ficou claro ou devidamente explícito em sua comunicação.

As entrevistas foram gravadas em áudio e realizadas em salas disponíveis na instituição em dias e horários escolhidos pelos entrevistados, as quais tiveram duração média aproximada de 40 minutos cada.

Foi solicitada aos participantes a gravação das entrevistas em áudio, que foram armazenadas, na íntegra, em arquivos digitais de áudio para transcrição.

5.5 Análise e compreensão dos dados

Na primeira etapa da pesquisa foi realizada a seleção e análise retrospectiva dos prontuários. A partir deste estudo deu-se início às etapas seguintes.

A análise qualitativa teve início a partir da transcrição das entrevistas. Foi realizada uma leitura minuciosa e análise de todas as informações colhidas, usando como ferramenta a Análise de Conteúdo (AC) proposta por Bardin (2009). Análise de Conteúdo, segundo essa autora, é um conjunto de técnicas para entender comunicações com vistas a obter, por

procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens, buscando compor categorias representativas do conteúdo dos relatos dos sujeitos participantes (BARDIN, 2009; VERGARA, 2012).

Para uma aplicabilidade coerente do método, de acordo com os pressupostos de uma interpretação das mensagens e dos enunciados, a AC deve ter como ponto de partida uma organização, que se inicia pela pré-análise.

A pré-análise trata-se de uma organização propriamente dita que ocorre por meio de quatro etapas importantes: a) leitura flutuante, que significa um contato com os documentos da coleta de informações empíricas; b) escolha dos documentos que serão analisados; c) formulação das hipóteses e dos objetivos da pesquisa; d) referenciação dos índices, bem como a elaboração dos indicadores (BARDIN, 2009). Na leitura flutuante o contato com o conteúdo da pesquisa se faz presente de forma exaustiva, relacionando-os com os objetivos da pesquisa.

Ainda segundo Bardin (2009, p. 38), a AC consiste em “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos” ultrapassando as incertezas da comunicação e enriquecendo a leitura dos dados. Esta técnica vem se mostrando como uma metodologia de interpretação que possui procedimentos peculiares, pois envolve a preparação dos dados para a análise, além de realizar a interpretação após a coleta, que só terão sentido ao serem trabalhados de acordo com uma técnica de análise apropriada.

A segunda fase consiste em uma exploração do material visando a classificação das unidades de registro em categorias análise temáticas que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo da fala será organizado, possibilitando a riqueza das interpretações e inferências. O tratamento dos resultados diz respeito à terceira fase, quando ocorre a inferência e interpretação. Nesta etapa ocorre também a condensação e o destaque das informações obtidas na pesquisa, propiciando a interpretação e análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2009).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Resultados e discussão da análise retrospectiva dos prontuários

Ao se avaliar o perfil dos pacientes, pôde-se constatar que 65,83% (n=79) são do sexo feminino e 34,17% (n=41) do sexo masculino. A idade variou de 18 a 79 anos, sendo que 72,5% (n=87) se concentram na faixa de 30 a 59 anos. No que concerne à situação conjugal, 45% (n=54) destes declaravam-se solteiros, 11,67% (n=12) viúvos ou separados e 36,67% (n=44) casados ou em união estável. Quanto à ocupação, 56,67% (n=68) realizam atividades laborais remuneradas, seja formal ou na informalidade, 21,67% (n=26) cuidam da casa e da família, e 5,83% (n=7) se declararam estudantes. O percentual de desempregados foi de 0,83% (n=1) e de aposentados 3,33% (n=4). Observa-se que a maioria dos prontuários continha as informações necessárias ao projeto, facilitando a coleta de dados.

Tabela 1 - Distribuição percentual dos usuários do ASM segundo características sociodemográficas 2015.

Dados sociodemográficos	N	%
Faixa Etária		
18 a 19	3	2,50%
20 a 29	18	15,00%
30 a 39	29	24,17%
40 a 49	28	23,33%
50 a 59	30	25,00%
60 a 69	10	8,33%
70 a 79	2	1,67%
Total	120	100,00%
Sexo		
Feminino	79	65,83%
Masculino	41	34,17%
Total	120	100,00%
Estado Civil		
Solteiro(a)	54	45,00%
Casado(a)	44	36,67%
Não declarado	8	6,67%
Separado(a)/Divorciado(a)	8	6,67%
Viúvo(a)	6	5,00%
Total	120	100,00%
Ocupação		
Diversas	68	56,67%
Do Lar	26	21,67%
Não declarado	14	11,67%

Estudante	7	5,83%
Aposentado(a)	4	3,33%
Desempregado(a)	1	0,83%
Total	120	100,00%

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

A maioria dos usuários pesquisados é do sexo feminino (n=79). Pesquisas de base populacional em epidemiologia realizada pela: Área de Captação Epidemiológica do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos (ECA- NIMH); Pesquisa Nacional de Comorbidade (NCS); pesquisa de Morbidade Psiquiátrica na Grã-Bretanha (OPCS); Estudo Brasileiro Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica, e outras pesquisas conduzidas no Brasil em atenção primária, têm sido conduzidas, gerando conhecimento detalhado sobre a alta frequência de fatores de risco, incapacidade social, e uso de serviços de saúde por mulheres (LIMA, 1999).

As mulheres apresentam maiores taxas de prevalência de transtornos de ansiedade e do humor que os homens (LIMA, 2008; LEWIS, 1996). Em estudos realizados por Castro et al (2008) comparando homens e mulheres associados a sintomas depressivos e ansiedade, indicou que mulheres apresentaram mais sintomas de depressão do que os homens. Esses dados revelaram que as mulheres possuem um risco elevado, se comparado aos homens, de desenvolverem um transtorno de ansiedade ao longo da vida.

Em estudos realizados por Kinrys e Wygan (2005), os autores apontam evidências significativas na literatura de que os transtornos de ansiedade ocorrem com maior prevalência em mulheres, se diferenciando também na apresentação clínica, nas características e na prevalência de comorbidade com os transtornos psiquiátricos em comparação aos homens. O resultado desse sofrimento seria um maior prejuízo funcional entre as mulheres. Mostram evidências com indícios a fatores genéticos e hormônios sexuais femininos como agravantes desses sintomas.

Seixas et al (2010), em estudo com usuários da área de saúde mental do Centro de Saúde do município de Nazaré Paulista, constataram o predomínio da presença feminina na maior parte dos serviços de saúde pública do Brasil, sendo levantado como uma hipótese para isso, que à mulher é delegado o papel de cuidadora, estando assim muito mais presente nas unidades de saúde e mais familiarizadas com esse serviço. Outros autores como Borges e Atiê (1989) e Adorno; Castro; Faria e Zioni (1994) apontam que a presença mais expressiva da mulher nos CAPS é devido às características de suas queixas (inespecíficas) quando em busca de atendimento em clínicas médicas ou ginecologistas, sendo essas especialidades responsáveis pelo encaminhamento ao ASM.

De acordo com a Tabela 1, os usuários do serviço estão em idade produtiva, principalmente na faixa etária de 30 a 59 anos (72,5%). O ciclo de vida do ser humano possui uma divisão na Resolução 39/125¹⁵ da Organização das Nações Unidas – ONU, levando em consideração o ponto de vista econômico¹⁶, em três idades. A primeira idade composta por aqueles que só consomem e são improdutivos, como crianças e adolescentes. A segunda idade são as pessoas economicamente ativas¹⁷ que produzem e consomem, e é composta pelos jovens e adultos. A terceira idade, compostas do grupo acima dos 60 anos¹⁸ que necessita de aposentadoria (RODRIGUES, 2006; BRASIL, 2003).

Os pacientes analisados possuem históricos de atendimentos anteriores, 55,83% (n=67) foram atendidos no ano de 2014/2015, com no máximo um ano de tratamento, 14,17% (n=17) estão em atendimento há quase quatro anos, 13,34% (n=16) iniciaram tratamento entre os anos de 2005 a 2008, em torno de 7 a 10 anos de tratamento, e 16,67% (n= 20) possuem históricos de atendimento no ambulatório há mais de 10 anos.

Tabela 2 –Tempo de adoecimento conforme dados coletados nos prontuários.

Período de adoecimento (ano)	N	%
1 ano	67	55,83%
4 anos	17	14,17%
7 anos	2	1,67%
8 anos	3	2,50%
10 anos	11	9,17%
Mais de 10 anos (POC)	20	16,67%
Total	120	100,00%

Fonte: Dados da pesquisa (2015)

O tempo de adoecimento mental dos usuários investigados se mostrou um dado importante na medida em que sugere pensar em pessoas que têm sua vida comprometida pelo adoecimento com reflexos significativos no seu cotidiano. Salles e Barros (2009) ressaltam que o adoecimento mental marca um momento importante da vida, com interrupções das atividades laborais, comprometendo as relações do sujeito, sendo necessária uma atenção especial nas implicações sociais deste advento.

¹⁵ Essa definição foi estabelecida pela ONU, em 1982, através da Resolução 39/125, durante a Primeira Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População, relacionando-se com a expectativa de vida ao nascer e com a qualidade de vida que as nações propiciam a seus cidadãos.

¹⁶ Homem trabalhador ativo que produz e consome os bens (BRASIL, 2003).

¹⁷ População Economicamente Ativa (PEA) - É composta pelas pessoas potencialmente ativas de 15 a 64 anos de idade (BRASIL, 2003).

¹⁸ A Organização Mundial da Saúde (OMS), assim como as Leis brasileiras ns°8.842, de 4 de janeiro de 1994 e 10.741, de 01 de outubro de 2003 (Estatuto do idoso) consideram como idosos, pessoas a partir de 60 anos de idade em países em desenvolvimento (BRASIL, 2003).

Tabela3 - Encaminhamento ao ASM, conforme dados dos prontuários.

Como chegou ao Ambulatório/CAPS	N	%
Médicos especialistas particulares	34	28,33%
Advindo do ambulatório da POC	32	26,67%
Demanda espontânea	32	26,67%
Unidades/programas de saúde pública	22	18,33%
Total	120	100,00%

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

Conforme apresentado neste estudo, 26,67% (n=32) dos usuários já frequentam o ASM desde o antigo ambulatório na POC (Policlínica Oswaldo Cruz)¹⁹, sendo que 18,33% (n=22) vieram ao ASM encaminhados de outras unidades de saúde ou de assistência social; 28,33% (n=34) encaminhados por médicos (Neurologistas, Clínico geral, Gastroenterologistas) de instituições particulares e 26,67% (n=32) procuraram o ambulatório de Saúde Mental por iniciativa própria ou aconselhados por amigos e parentes.

Os dados encontrados se mostram importantes, na medida em que indica que a busca pelo alívio do sofrimento advém em sua maioria de clínicas médicas ou mesmo após sofrimento vivenciado por estes, que não suportando, e sem ter como conhecer outra saída, aprendem a conceber sua dor ou adoecimento como fato clínico objetivo submetendo-se a tratamento químico que bloqueie seu sofrimento, demarcando assim, o consumo de psicofármacos (TESSER, 2006; IGNÁCIO; NARD, 2007).

Quanto aos sintomas e queixas citados nos 120 prontuários que mais se apresentaram no discurso dos pacientes em relação ao seu sofrimento e que levaram à procura do atendimento durante todo o tempo de tratamento no ASM, seis se destacaram numa listagem de 18 tipos diferentes de sintomas. Os que mais aparecem registrados nos prontuários com mais de uma queixa no decorrer do tratamento e estando presentes em número significativo, são: ansiedade com 58% de queixas, 81% apresentaram sintomas depressivos, o medo descrito aqui como sintoma apareceu em 51% dos prontuários, sinais de agressividade/irritabilidade com 54% dos relatos, nervosismo com 45% e queixas de alterações do sono com 49%, dentre as várias outras queixas.

¹⁹ Em maio de 2001 foi instalado em Porto Velho, funcionando dentro do Hospital Policlínica Oswaldo Cruz (POC), o primeiro serviço de saúde mental, sendo habilitado e nomeado em 2002. Esta unidade de saúde atua nos dois níveis de complexidade, CAPS e ambulatório de saúde mental, desde sua implantação. Em agosto de 2008, foi transferido para uma sede própria. Os dados dos pacientes/usuários anteriores a 2008, não se encontram nos prontuários.

Tabela 4 – Sintomas citados nos prontuários (N=120).

Sintomas Frequentes	Total %
Depressão	81%
Ansiedade	58%
Agressividade	54%
Medo	51%
Alteração no sono	49%
Nervosismo	45%

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

Destaca-se o registro do sintoma “medo”, descrito nos prontuários como algo incapacitante, levando à procura de tratamento, aparecendo em mais de metade dos prontuários estudados, apesar de nem sempre haver um detalhamento ou associação com outras morbidades.

A alta prevalência de sintomas de transtornos mentais que causam incapacitação funcional tem sido registrada em vários outros estudos como o exemplo da pesquisa realizada por Moreira et al. (2011) com 277 usuários de uma unidade de saúde no município de São João Del-Rei, Minas Gerais, no qual 43,7% dos usuários do serviço apresentavam sintomas como insônia, irritabilidade, fadiga, queixas somáticas, sintomas depressivos etc., gerando incapacitação ao trabalho. Essas mesmas características foram encontradas em estudos realizados em Campinas (SP) com índice de 29,7% (BORIM et al. 2013) e no município de Catalão (GO), com 31,47% dos usuários apresentando sintomas de sofrimento psíquico (LUCCHESE et al. 2014).

Conforme dados encontrados em 107 prontuários, vários são os problemas na vida que desencadearam ou agravaram o quadro de sofrimento do paciente/usuário. Foram identificados mais de um agravante em 33 prontuários e vários pacientes retornaram ao ASM em momentos diferentes de sua vida, com um novo desencadeador do sofrimento. Por isso o número de queixas supera o total de prontuários analisados.

Conforme demonstrado na Tabela 5, problemas relacionados a adoecimento e queixas de somatização obteve índice significativo de 27,9% (n=77), seguido de 17,75% (n=49) por problemas ou brigas familiares, ou questões de relacionamento conjugal como separações e brigas judiciais. Perdas de familiar importante no seu convívio com 11,23% (n=31). Questões relacionadas ao trabalho e estudo, como estresse 7,97% (n=22). Adoecimento na família ou uso de SPA (substâncias psicoativas) por algum de seus familiares, 8,33% (n=23). Uma parcela de 5,80% (n=16) após acidentes, traumas, agressão física ou abuso sexual; Perdas financeiras 3,26% (n=9). Timidez com 5,07% (n=5). Após nascimento de filho, parto, com

1,81% (n=5). Climatério/menopausa, 1,09% (n=3). Após uso de SPA 0,72% (n=2). Por tentativa de homicídio, 0,72% (n=2). E questões de vulnerabilidade social com 1,45% (n=4).

Em 13 prontuários não havia dados suficientes para o levantamento e análise em relação aos desencadeadores, sendo excluídos deste levantamento.

Tabela 5 - Principais desencadeadores ou agravantes que levaram ao sofrimento psíquico, conforme dados dos prontuários.

Desencadeadores ou agravantes dos sintomas	N	%
Perdas familiares	31	11,23%
Histórico de SPA/adoecimento psíquico (familiar)	23	8,33%
Questões financeiras	9	3,26%
Histórico de uso de SPA (usuário)	7	2,54%
Vulnerabilidade social	4	1,45%
Climatério/menopausa	3	1,09%
Timidez	14	5,07%
Questões trabalho/estudo	22	7,97%
Parto	5	1,81%
Acidentes/Traumas/agressão física/Abuso Sexual.	16	5,80%
Dados não especificados	13	4,71%
Queixas de somatização/adoecimento físico	77	27,90%
Questões familiares/conjugais	49	17,75%
Tentativa de homicídio (praticado pelo usuário)	2	0,72%
Total	276	100,00%

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

Dados semelhantes foram encontrados em estudos realizados por Pelouso e Blay (2008); Martin et. al., (2007); Fonseca et al. (2008), Fortes (2004), revelando os desencadeadores do sofrimento nos relatos dos pacientes como os problemas sofridos no decorrer de suas vivências e dificuldades em suportá-los.

Para Luz (2005), a dificuldade em lidar com o sofrimento ocorre devido a subjetividade e está sob a influência da cultura moderna, a interiorização dos princípios que regem e organizam o capitalismo nos processos relacionais socioculturais. Ainda segundo esse autor, o aumento da demanda nos serviços de Saúde Mental (SM) está relacionado à situação de vulnerabilidade e desamparo que vivencia a população.

Os usuários, após buscarem atendimentos em unidades básicas de saúde e não encontrando solução, procuram o ASM como alternativa de resolução de suas dores, sobretudo em momentos de conflitos e questões cotidianas.

Foram levantados dados referentes aos diagnósticos desses pacientes, considerando tanto os diagnósticos descritos, quanto o registro referente à 10ª edição de Classificação

Internacional de Doenças (CID-10), sendo constatado que 40,83% (n 49) dos pacientes não possuíam uma hipótese diagnóstica, conforme gráfico abaixo.

Tabela 6- Hipótese diagnóstica presente nos prontuários.

Hipótese diagnóstica	N	%
Possui hipótese diagnóstica (ou várias)	71	59,17%
Não possui hipótese diagnóstica	49	40,83%
Total	120	100,00%

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

Os dados mostram que uma parcela significativa dos usuários atendidos no ASM não receberam qualquer diagnóstico. Contudo, a maioria (95%) continha em seus prontuários prescrição de medicação psicofarmacológica.

Em relação aos encaminhamentos e direcionamentos idealizados, indicados a esses pacientes no atendimento durante a pesquisa (Tabela 7), conforme evolução dos casos descritos nos prontuários, podemos destacar que 70,80% (n=97) aguardavam atendimentos somente com Médico Psiquiatra, uma parcela de 6,57% (n=9) receberam encaminhamentos de atendimento médico e serviços da enfermaria e/ou encaminhados para exames médicos de outras especialidades, 11,68% (n=16) aguardam atendimento psiquiátrico e psicológico, 8,76% (n=12) aguardam atendimento com psiquiatra e outras terapêuticas/oficinas oferecidas, e 2,19% (n=3) aguardam atendimento médico psiquiátrico e foi também encaminhado ao Serviço Social.

O total de encaminhamentos à consulta psiquiátrica chegou a 100% dos usuários pesquisados atendidos no ASM do CAPS, sendo que nenhum deles teve encaminhamento à outra terapêutica sem antes serem avaliados por essa categoria; ou terem os medicamentos assegurados, desde que já utilizassem medicação, até que se conseguisse o atendimento com médico psiquiatra.

Tabela 7-Encaminhamentos após atendimento ambulatorial no período da pesquisa.

Encaminhamentos idealizados	N	%
Atendimento psiquiátrico	97	70,80%
Psiquiatra e Psicólogo	16	11,68%
Psiquiatra e grupos terapêuticos	12	8,76%
Psiquiatra e demais especialidades médicas	9	6,57%
Psiquiatra e Serviço Social/ INSS	3	2,19%
Total	137	100,00%

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

Todos os usuários estudados foram encaminhados à consulta psiquiátrica. As queixas apresentadas pelos usuários não foram determinantes desse encaminhamento. Estudos parecidos como este foi relatado por Ferrazza (2013), mostrando que 80% dos usuários pesquisados foram encaminhados para o atendimento psiquiátrico. Fica evidente a concepção, por parte da equipe da assistência no ASM, de subordinação explícita a um modelo de atendimento médico.

Em relação aos serviços a que foram submetidos como paciente ambulatorial em Saúde Mental em atendimentos anteriores e atendimentos atuais, podemos destacar que 82,50% (n=99) destes fazem uso exclusivo de medicamentos prescritos por médicos psiquiatras da instituição, uma parcela de 12,50% (n=15) fazem uso de medicamentos psiquiátricos prescritos e outros atendimentos como: psicológico, grupo e oficinas. Uma pequena parcela, 4,17% (n=5) participam apenas dos grupos e oficinas terapêuticas sem uso de medicação, e apenas 0,83% (n=1) está sendo atendido exclusivamente pelo psicólogo sem uso de medicamentos.

Tabela 8 -Terapêutica realizada após atendimento.

Terapêutica Realizadas	N	%
Medicação	99	82,50%
Medicação e outras terapêuticas	15	12,50%
Grupos/oficinas	5	4,17%
Acompanhamento psicológico	1	0,83%
Total	120	100,00%

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

Em relação às atividades terapêuticas, pode-se perceber que a consulta clínica individual é a mais utilizada neste serviço de atendimento, sendo constatado um percentual elevado de usuários com uso contínuo de medicação sem nenhuma terapêutica associada.

Fonseca (2007) chama atenção para a quantidade de pacientes com queixas e sinais de sofrimento, o que, segundo o autor, aponta a necessidade de um acolhimento e cuidado que compreenda e identifique o tipo de sofrimento acometido por estes pacientes, realizando terapêuticas eficazes no alívio de suas dores. Esta demanda não recebe tratamento adequado, gerando um aumento nos gastos com consultas médicas, exames, encaminhamentos etc. Trata-se de um sofrimento desnecessário a esses pacientes que não veem resolutividade em acabar com seu sofrimento (LIMA et al., 2008; FONSECA, 2007).

Ferrazza et al. (2010) em estudo realizado com usuários encaminhados à atendimento psiquiátrico constataram que mais de 99% destes receberam prescrição de psicofármacos após

o atendimento. Em Fortaleza o cenário não se mostrou diferente. Segundo pesquisa realizada por Souza (2007), 91% dos usuários que procuram o serviço SM faziam uso rotineiro da terapia medicamentosa. No ASM estudado este cenário não se modifica, pois 95% dos usuários pesquisados foram encaminhados à terapêutica medicamentosa após atendimento médico psiquiátrico.

Observou-se neste estudo o uso de medicação como estratégia aclamada por estes pacientes e oferecida pela instituição na busca de alívio dos sintomas. Como terapêutica orientada pela instituição, verifica-se que, apesar de os serviços ambulatoriais servirem de primeiro contato e encaminhamento de terapêutica específica a cada paciente, a ênfase no tratamento continua baseada no modelo clínico, centrado na doença e “medicalizador”, tendo no psicofármaco o principal instrumento de intervenção terapêutica.

Os serviços oferecidos no CAPS não alcançam a demanda ambulatorial, seja por parte dos pacientes que não conseguem se misturar aos pacientes CAPS, seja por parte da alta demanda de atendimentos que não consegue cobrir todos os que necessitam destas terapêuticas.

6.2 Resultados e discussão da análise das entrevistas – Profissionais e usuários (pacientes)

A seguir, serão apresentados os dados que emergiram após análise das entrevistas com usuários (pacientes) e profissionais que atendem na assistência. Emergiram quatro categorias que abrangem os relatos, sendo organizados a seguir:

Quadro 3 – Categorias temáticas e questões analisadas conforme objetivos da pesquisa.

Categorias	Objetivos
Manifestações do sofrimento psíquico.	Conhecer as manifestações e expressões do sofrimento psíquico.
O que levou ao sofrimento psíquico	Conhecer os desencadeadores, o sentido de sofrimento apresentado quando vão em busca de ajuda.
Alternativas de tratamento do sofrimento psíquico. Caminhos utilizados no alívio dos sintomas	Averiguar as intervenções que foram empregadas no decorrer das tentativas de tratamento e os modelos terapêuticos utilizados pelos usuários para enfrentar o sofrimento psíquico.
O uso de medicamentos (psicofármacos)	Relacionar o uso de medicamentos como primeira ou única alternativa, e eventuais práticas de automedicação.

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

6.2.1 Manifestações do sofrimento

A forma como se manifesta o sofrimento que levaram esses pacientes a buscarem atendimento para alívio dos sintomas, foi descrita com frequência como sintomas físicos, mal-estar corporal e aspectos psicológicos que lhes incapacitavam, causando desequilíbrio, insônia, tristeza, choro e modificações em seus comportamentos.

Na busca de cuidados, em primeiro lugar está a procura pelo serviço de saúde com a procura pelo profissional da especialidade ligada à parte do corpo na qual se localizava sua dor ou sintoma. A partir destes relatos percebe-se que o médico é visto como o profissional capacitado a sanar as dores e sofrimento, sendo depositada na medicina a capacidade de solução para os problemas de saúde, seja físico ou mental.

O sofrimento e a dor sentida por estes usuários carecem de representação, de significação. Não encontrando o sentido, evita-se entrar em contato com o sofrimento, procurando superá-lo rapidamente, afastando-se da dor e, quando a experiência da dor emocional é vivida, quase sempre é uma vivência solitária sem representatividade e a dor deve ser sanada rapidamente (PELEGRINI, 2003).

Para Luz (2005) a fragilização das relações aumenta a procura dos serviços de saúde, intensificando sintomas físicos de somatização, advindos desse processo, o que acarreta necessariamente sobrecarga nos serviços de saúde mental. Conforme descrito nas falas, houve relatos de sensações corporais desagradáveis ou dolorosas, incapacidades para realizar as atividades cotidianas e corriqueiras, interferindo diretamente na qualidade de vida dos usuários. Sinais de que algo não ia bem.

A constatação destes dados vai ao encontro do pensamento de Fortes (2004) quando refere que no atendimento nas unidades de atenção básica, as queixas somáticas são os principais sintomas referidos pelos usuários aos médicos. Os usuários portadores de transtornos ansiosos e depressivos considerados de intensidade leve a moderada, quando em consultas médicas, priorizam as queixas somáticas mesmo apresentando também sintomas psíquicos associados a estes, dificultando uma proposta de conduta médica que abarque o cuidado como um todo (FONSECA, et al. 2008; FORTES, 2004).

No presente estudo, encontramos resultados bem semelhantes aos realizados por Oliveira e Roazzi (2007), Fortes (2004) e Rozemberg (1994), nos quais a presença das queixas somáticas, como expressão de sofrimento psíquico se fizeram presentes como demonstrado nas falas dos usuários no quadro 4, sintomas físicos.

Quadro 4 – Categoria: Manifestações do sofrimento, segundo os usuários.

Categoria: “Manifestações do sofrimento psíquico”	
Tema: Manifestações do sofrimento psíquico dos usuários	Exemplos de verbalizações dos usuários.
Sintomas físicos - Respostas autonômicas	<p>Usuário 1: Eu tenho crises, dá mal-estar forte, junto com sintomas de desconforto...agora no momento eu estava sentindo até os ossos doerem...</p> <p>Usuário 2: ...tem assim, manifestações físicas, às vezes eu tenho muita dor no corpo, nos braços, dor no peito, angústia, sabe... às vezes eu fico até taquicárdica...</p> <p>Usuário 3: Eu senti o meu coração muito acelerado, falta de ar, sensação que eu ia morrer, uma coisa bastante forte.</p>
Respostas emocionais	<p>Usuário 1:...o que passava pela minha cabeça e o que eu sentia era tristeza, sem vontade de fazer as coisas, sem estima própria....E eu chorava muito e procurava o médico, tinha sintomas, mas era psicológico...eu estava tendo pensamento ... não agradáveis como medo.</p> <p>Usuário 2: não tenho conseguido realmente controlar, tenho vontade de chorar... É ruim você ficar choroso o dia inteiro...</p> <p>Usuário 4: ficava angustiado, aperto no peito, não queria encontrar ninguém</p> <p>Usuário 5: Sobre os sintomas, sinto angústia, eu só sinto vontade de chorar.</p>
Sinais de transtornos mentais	<p>Usuário 1:...agora pode estar desenvolvendo um TOC, um transtorno de pânico...</p> <p>Usuário 1: então acho que eu estava deprimida, acho não, eu estava deprimida, sintomas mesmo de depressão mesmo.</p> <p>Usuário 2: A ansiedade é demais ao ponto de te deixar fisicamente com dores.</p> <p>Usuário 5: Na minha primeira consulta o Dr. falou pra mim que eu estava com depressão e ansiedade, porque também eu sou muito ansiosa, demais mesmo.</p>

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

Identificou-se no conteúdo das falas a expressão do sofrimento psíquico como sentimento de tristeza, desespero, choro, angústia, baixa autoestima, etc, caracterizando a vivência desse sofrimento como sinais de respostas emocionais ao sofrimento. Esses dados podem ser correlacionados com o estudo de Alves (1993) quando expressa que o adoecimento não é apenas uma “entidade biológica”, a ser tratada e sanada, mas é uma vivência carregada de sentidos, vivenciada individualmente e coletivamente pelos indivíduos. Segundo os autores Alves (1993), Oliveira e Roazzi (2007), Fortes (2004) e Rozemberg (1994), a enfermidade é

uma sensação de mal-estar ou aflição, momento em que o indivíduo reconhece sua fragilidade e constata que não está bem com ele mesmo, sentindo alterações emocionais e físicas e sinais de transtornos mentais.

Quadro 5 –Categoria: Manifestações do sofrimento psíquico na visão dos profissionais.

Categoria: “Manifestações do sofrimento psíquico”	
Tema: Manifestações do sofrimento psíquico dos usuários	Exemplos de verbalizações dos profissionais
Sintomas físicos - Respostas autonômicas	<p>Médico 1: ...vem de outros médicos de outras especialidades, uma coisa bem sintomática...</p> <p>Médico 2: Eu tenho um paciente...costuma andar por ambulatórios de clínicas de cardio, de neuro, de pneumo, às vezes de endócrino e por último chega aqui.</p> <p>Psicólogo 2: Os sofrimentos constantes que aparecem no ambulatório são bastante insônia, tanto é que muitos deles só tomam “rivotril”. Muita insônia, muita.</p> <p>Psicólogo 3: A maioria...vem por encaminhamento médico...dos clínicos gerais dos postos e unidades básicas de saúde...</p>
Respostas emocionais	Assistente social 1: ...fica com muito choro, que nós chamamos choro fácil.
Sinais de transtornos mentais	<p>Médico 1: E a maioria, 80% dos que eu atendo...são um misto...de ansiedade e depressão, não é paciente CAPS, é paciente de ambulatório que tem ansiedade e sintoma depressivo.</p> <p>Médico 2: ...paciente típico que é o paciente que sofre de um transtorno de ansiedade do tipo “pânico”... Pânico, pânico combinado com ansiedade, temos muitos pacientes com pânico. Então depressão eu diria que ocupa um espaço enorme.</p> <p>Assistente social 2: Os tipos de queixas que vêm geralmente para o ambulatório são depressão, ansiedade. São mais assim as coisas do dia a dia.</p> <p>Enfermeiro 2: ...nós vemos que eles chegam meio depressivos...</p>

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

Na visão dos profissionais, o cenário não se modifica, relatam que estes pacientes são advindos ou já tiveram atendimento em instituições de saúde, onde buscaram solução para sintomas físicos, com relatos de sintomas depressivos, ansiedade, alterações emocionais e sinais de transtornos mentais.

6.2.2 O que levou ao sofrimento psíquico

Em relação aos desencadeadores do sofrimento psíquico, constatou-se nas falas dos profissionais e dos pacientes, indo ao encontro com os achados nos prontuários pesquisados, que há um reconhecimento de sofrimento psíquico, sendo desencadeado por situações de estresse, sobrecarga emocional, dificuldades financeiras, problemas relacionados ao trabalho e estudos, desentendimentos e brigas familiares, relacionamento conjugal e dificuldades pessoais, morte de pessoa da família, uso de SPA etc., dados semelhantes aos obtidos em estudos desenvolvidos por Pelouso e Blay (2008); Martin et. al. (2007); Fonseca et al. (2008); Fortes (2004).

Quadro 6 – Categoria “O que levou ao sofrimento psíquico” na fala de usuários e profissionais da assistência.

Categoria: “O que levou ao sofrimento psíquico”	
Tema: Desencadeadores do sofrimento psíquico	Exemplos de verbalizações dos usuários e dos profissionais
Questões familiares	Psicólogo 2: ...muito conflito familiar... maridos com seus filhos a esposa com seus filhos, mais os filhos do outro, ai não conseguem dar conta, um não quer o filho do outro, enfim, conflito familiar.
Uso de SPA na família	Psicólogo 2: Filho que utiliza droga, marido que utiliza droga...
Vulnerabilidade social	Psicólogo 2: ...é uma vida cheia de vulnerabilidades, cheia de risco social que não dá para dormir mesmo.
Questões Trabalho/Estudo	<p>Usuário 1: E agora com o final da faculdade, TCC,... você... ai você perder a sua concentração de estudar, ai você já vai pensando “poxa! Eu não estou produzindo o que eu deveria, o que eu preciso para ser uma boa profissional.</p> <p>Usuário 6: se acontece coisa grave na vida da gente, que fica remoendo o tempo todo na cabeça da gente, a saúde não presta mais né. Agente fica pensando, mas não tem solução mais, não tem como resolver...fica martelando.</p> <p>Usuário 8: Quando aconteceu o problema lá no trabalho que eu fiquei assim, eu não era assim, foi só depois das perseguições.</p>
Morte de ente querido na família	Usuário 9: ...depois que meu pai faleceu que começou tudo isso, eu que cuidei dele o tempo todo quando ele ficou doente, não sei se fiz tudo para ele...mas foi depois disso, fiquei mal, tive muitas crises.

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

Os desencadeadores do sofrimento psíquico nos relatos dos pacientes e dos profissionais foram identificados como sendo resultados de uma má elaboração ou aceitação dos problemas sofridos no decorrer de suas vidas, uma sobrecarga emocional gerada por momentos de vivências de difíceis resoluções ou mesmo conflituosas e dificuldades em

suportar tais situações em suas vidas, gerando em consequência disso, sofrimento psíquico. São queixas que podem ser consideradas comuns ao cotidiano da existência humana, exceto na capacidade de suportá-las.

De acordo com Luz (2005), vivenciar estado de tensão prolongado, em conjunto com a perda das relações sociais, pode produzir um estado de sofrimento que vai além do sofrimento psíquico da angústia, ansiedade e depressão, sendo o promotor de “um estado de vulnerabilidade” para o adoecimento gerando uma diminuição da qualidade de vida dos indivíduos.

6.2.3 Alternativas de tratamento do sofrimento psíquico – caminhos utilizados no alívio dos sintomas

Como visto na categoria anterior (quadros 4 e 5), questões de adoecimento físico, sintomas emocionais e transtornos mentais se apresentaram como os principais motivos do sofrimento que conduziu à procura pelo serviço de atendimento em saúde mental na busca de atendimento psiquiátrico, tendo como maior expectativa segundo constatado nas falas, a busca de uma medicação para solucionar o sofrimento.

Chama atenção a gravidade desse momento, como já evidenciado na fundamentação teórica, pois estamos à mercê de projetos políticos que correspondem a interesses de determinados segmentos hegemônicos da sociedade de classes e não há um projeto nacional para as classes populares. Estudos mostram que os psiquiatras apenas fazem o levantamento da existência de sinais e sintomas em sua classificação sindrômica, tendo como único recurso a prescrição medicamentosa para alívio e supressão desses sintomas. O que se observa agora é uma substituição de padrões de tratamento, ao invés de apenas contenção física, tem-se agora a contenção química, que vem se tornando a terapêutica mais aclamada por alguns pacientes (ZANELLO; FONSECA; ROMERO, 2011).

Quadro 7- Categoria “alternativas de tratamento do sofrimento psíquico” descritos por profissionais e usuários.

Categoria: “Alternativas de tratamento do sofrimento psíquico – caminhos utilizados no alívio dos sintomas”	
Tema: Caminhos utilizados no alívio dos sintomas	Exemplos de verbalizações dos profissionais e usuários.
Intervenções prescritas pelos profissionais	Medico 1: Eu encaminho a maioria dos meus pacientes para a terapia. Alguns não querem e alguns têm preguiça e têm alguns que moram longe, mas é o que eu faço.

	<p>Medico 2: Eu chego a encaminhar sim, para os outros serviços que o CAPS oferece aos pacientes que procuram o serviço de ambulatório. Fica uma confusão muito grande entre CAPS/Ambulatório. Às vezes nem eu consigo definir até onde vai o ambulatório ou o CAPS.</p> <p>Assistente social 2: E as atividades que é oferecida do CAPS né, eles também participam, mesmo sendo ambulatório, eles se quiserem, eles podem. Tem o livre arbítrio de cada um, vai participar se quiser.</p>
Intervenções realizadas pelos usuários	<p>Usuário 1: ...eu comecei acompanhamento psicológico no Oswaldo Cruz, na época, e com o psiquiatra, tomei a medicação, fui um ano e pouco com o psiquiatra e cheguei e falei “Não quero mais tomar a medicação, estou me sentindo bem” e ele me liberou.</p> <p>Usuário 7: ...sempre tomei só remédio mesmo, já me passaram vários...</p> <p>Usuário 9: ...desde que meu pai faleceu, e vieram esses sintomas, tomo a medicação, não consigo ficar mais sem ela, já são quase 15 anos acho.</p>
Dificuldades na busca e realização do tratamento	<p>Psicólogo 2: ...quando ele vem “ao psiquiatra” nós avaliamos de que maneira? Avaliamos quando esse paciente vai ser atendido, se ele pode esperar três meses, se ele pode esperar dois meses ou se ele tem que ser atendido imediatamente (fala do atendimento médico psiquiátrico).</p> <p>Assistente social 1: ...mas tem que entender que os psicólogos do CAPS são para atender pacientes que são atendidos pelo psiquiatra.</p> <p>Medico 1: esse trabalho poderia ser diferente se a gente tivesse espaço maior e que culturalmente conseguisse incutir nas pessoas a importância do psicólogo, porque o psicólogo ficou quase como um enfeite, eu vejo assim.</p> <p>Medico 1:... então assim, é complicado....Eu acho dentro do CAPS tem a questão logística, e tem a questão que muitos pacientes já vêm em função do doutor “Google”, com o diagnóstico pronto e com a medicação certa que ele quer tomar... assim, porque todo mundo quer ser medicado.</p> <p>Medico 2: A internet contribui pra isso...(busca do medicamento) as pessoas que têm acesso elas vêm discutir com a gente porque “eu vi isso no jornal, na televisão” e às vezes vem travar uma luta querendo impor, e isso atrapalha bastante. E quando a pessoa é informada e o grau de humildade é pequeno piora.</p> <p>Assistente social 1: Tem médico que encaminha paciente com problema neurológico para o CAPS. E essa demanda fica muito grande para a gente.</p> <p>Usuário 1: Não participo aqui do CAPS, de nenhum tipo de oficina, desde a primeira vez que eu vim. Eu sinto vergonha...Como tratamento não, eu acho desconfortável ficar num ambiente, assim... é ...ficar no meio das pessoas que eu vejo que estão pior do que eu, eu acho desconfortável ficar junto ali...</p> <p>Usuário 6: ...fiquei esperando a vaga, até hoje, quem sabe amanhã consigo, mas nunca tem vaga para psicólogo...falam que vão chamar, mas não chamam.</p>

	<p>Usuário 7: ...nunca fiz grupo aqui... não me misturo...não estou como eles...</p> <p>Usuário 8: O médico falou para fazer terapia, mas não tinha vaga, a psicóloga disse que eu tinha que esperar.... Aí eu busquei fora.</p> <p>Usuário 9: Não fico junto de todo mundo ali não, nem preciso tentar, nunca tem vaga mesmo...</p>
--	--

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

A importância de reflexão sobre os dados encontrados “Dificuldades na busca e realização do tratamento” se faz presente no momento que intensifica o modelo de cuidado reservado a estes usuários, não restando nem mesmo aos profissionais outra forma de terapêutica. Mesmo com boa estrutura física e equipe multidisciplinar, as dificuldades persistem, nos mostrando questões como falta de planejamento, de trabalho em equipe e de estratégias adequadas à demanda do ASM.

De um lado tem que mudar a cultura dos usuários no que tange à busca exclusiva pelo medicamento. Na contramão disso tem-se a consulta médica psiquiatra e a indicação do medicamento que alivia o sofrimento destes usuários como forma quase que exclusiva oferecida pela equipe de saúde. Os dados apontam a necessidade de efetivação de estratégias terapêuticas que promovam a redução do uso exclusivo de medicamentos, sem prejuízos a estes usuários.

6.2.4 O uso de medicamentos (psicofármacos)

A principal terapêutica indicada aos pacientes do ASM como descritos nas falas dos profissionais e usuários é a medicação. Eles são medicados pela psiquiatria do serviço ou já vêm medicados de outras instituições. A busca pelo medicamento fica evidente como primeira ou a única alternativa de tratamento no alívio dos sintomas do sofrimento psíquico.

Quadro 8 - Categoria “Uso de medicamentos (psicofármacos)” descritos pelos profissionais e usuários

Categoria: “O uso de medicamentos (psicofármacos) como primeira ou única alternativa de tratamento”	
Tema: Caminhos utilizados no alívio dos sintomas – uso de medicamentos	Exemplos de verbalizações dos profissionais e usuários
Uso exclusivo da	Assistente social 1: ...então o médico passa uma medicação para que ele

medicação	<p>possa dormir e possa diminuir a sua ansiedade.</p> <p>Assistente social 2: A maior busca aqui é do medicamento. Muitos querem só o remédio... mesmo tendo as outras terapêuticas... mas o principal aqui o foco é a medicação. Eles já vêm atrás do remédio... e outra, não pode deixar ficar sem medicamento, quando fica eles ficam agoniados...</p> <p>Assistente social 2: Os encaminhamentos que são dados a essas pessoas são tomar medicação, a medicação que é a mais leve.</p> <p>Psicólogo 2: Os que têm um transtorno instalado, mas não têm uma gravidade ainda, eles só medicam mesmo...</p> <p>Psicólogo 3: ...e muitos vêm para conseguir a consulta com psiquiatra para tomar medicação mesmo.</p> <p>Enfermeira 1: ...70% vem aqui buscando a cura através da medicação...</p> <p>Medico 1: Têm alguns pacientes que já vêm medicados, por exemplo, oriundos do João Paulo que já vêm medicados. Eles tiveram algum problema, alguma crise...É uma prática comum aqui do CAPS... o médico só vai prescrever e continuar, seja por comodismo dele, por preguiça ou porque ele acha que o remédio tem que ser tomado a vida inteira.</p> <p>Medico 1: O tratamento no CAPS é um tratamento médico complementado. Pode ser que o Ministério da Saúde não tenha essa ideia. Mas é essa a realidade. Já vi pacientes que foram encaminhados para o psiquiatra e que não necessitavam necessariamente serem medicados. Eles são medicados apenas como de “ansiedade”, uma medicação para eles poderem dormir, depois só piora.</p> <p>Assistente social 1: Futuramente termina sendo paciente CAPS, porque ele fica tão dependente do remédio, ele não vê outra luz no fim do túnel a não ser a medicação, que ele passa a ser um paciente CAPS, por quê? Ele não se isolava e ele começa a se isolar da família da sociedade, ele começa a entrar em uma depressão bem mais profunda, se ele entrou com uma depressão leve, termina, ele, ficando com uma depressão profunda.</p> <p>Usuário 1: Eu estava assim, em um estado que eu queria conversar, aí ele não conversou comigo, só medicou, assim, ouviu um pouquinho e medicou e eu queria conversar... O psiquiatra não me orientou...</p> <p>Usuário 6: ...eu só queria um remédio...disseram que tem...que me fizesse parar de ficar pensando assim, ficar remoendo tudo isso.</p>
Sinais de automedicação	<p>Medico 2: Esses pacientes às vezes vêm medicado porquê... têm várias situações, por exemplo, às vezes estava muito ansiosa e o vizinho ou a vizinha disse “eu tomo uma medicação que me dá uma tranquilidade, eu tenho sono... eu tinha isso que você tem” Ele tem uma capacidade de igualar, transformar o que ele tem igual...transformar em coisa similar, igual ao que aquele outro vizinho tem, querendo ajudar.</p> <p>Usuário 8: ...eu tomo mais comprimidos quando vejo que a crise vem, acontece à noite...durmo o dia todo depois disso, quando não vou para o hospital...</p>

Fonte: Dados da pesquisa (2015).

Chaise e al. (2008) ao se reportar ao dispositivo da medicalização, indica que este modifica a concepção de saúde da sociedade, os sujeitos são transformados pelo dispositivo, e as estratégias de prevenção e tratamento são modificadas. Na mesma linha de pensamento, Tesser (2006) defende que além de transformar e redefinir o comportamento dos sujeitos, eles passariam a compreender o consumo de psicofármacos como uma constituição e transformação destes.

O processo de medicalização da saúde fica evidente na pesquisa em questão, evidenciado nas falas dos participantes, onde comportamentos e sentimentos antes considerados como aflições aceitáveis, associadas à própria condição humana, ou à vida moderna, são considerados pela equipe médica e assistencial como problemas médicos, como os citados por vários autores que estudam esse fenômeno (CLARKE et al., 2003; CONRAD, 1975; DANTAS, 2009; CONRAD; SCHNEIDER, 1980), interferindo na vida destes usuários em todas as esferas: social, cultural, econômica, política etc.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ser humano é carregado de complexidades e nada tão complexo que tentar compreender a loucura e o sofrimento mental. Quando acometido de dor e angústias, falar de caminhos, experiências e de significados na busca de alívio do sofrimento psicológico em um momento de incertezas, desafios, riscos e medos, não se torna uma tarefa de fácil compreensão. As experiências inseridas num contexto modificam os sentidos e significados, produzindo novas experiências.

O presente trabalho teve a intenção de conhecer os caminhos percorridos por usuários que recorreram a um ambulatório de saúde mental de Porto Velho/RO na busca do alívio do sofrimento psíquico, bem como conhecer as manifestações, expressões, desencadeadores e cuidados desse sofrimento.

O sofrimento psicológico manifestou-se por formas diversas de sintomas físicos, associados também a sintomas psíquicos, interferindo de forma significativa no cotidiano e na qualidade de vida destes usuários com consequências negativas. Eles procuram ou são encaminhados ao ASM como alternativa de resolução de suas dores, momentos de conflitos e questões cotidianas, problemas financeiros, dificuldades em relacionamentos afetivos, perdas familiares, dentre outros.

Identificou-se nos prontuários que os pacientes que recorreram ao ambulatório de saúde mental de Porto Velho/RO, ou já frequentavam o ASM desde a antiga unidade na Policlínica Oswaldo Cruz ou vieram encaminhados por outras unidades de saúde, assistência social ou, ainda, por especialidades médicas de instituições particulares, bem como, procuraram o ambulatório de Saúde Mental por iniciativa própria ou aconselhados por amigos e parentes.

A busca pelo alívio do sofrimento advém de clínicas médicas, encaminhados por médicos especialistas, ou mesmo após sofrimento vivenciado pelos pacientes, que não suportando, e sem ter como conhecer outra saída, veem a dor ou adoecimento como fato clínico objetivo, se submetendo a tratamento químico na busca de alívio para sua dor psíquica.

Dos sintomas descritos e registrados nos prontuários no decorrer do tratamento, predominam: ansiedade, depressão, medo, agressividade/irritabilidade, nervosismo e alterações do sono, dentre outras queixas. Importante frisar que o medo foi descrito nos

prontuários como algo incapacitante, fato que levou a procura de tratamento, aparecendo dessa forma em mais da metade dos prontuários estudados.

Observou-se que vários foram os problemas que desencadearam ou agravaram o quadro de sofrimento dos usuários, dentre eles podemos mencionar, por ordem de significação: doenças próprias e queixas de somatização, brigas familiares, questões de relacionamento conjugal como separações e brigas judiciais, perdas de familiar importante no seu convívio, questões relacionadas ao trabalho e estudo, como estresse, doença ou uso de SPA (substâncias psicoativas) por algum de seus familiares, pós acidentes e traumas, agressão física ou abuso sexual, perdas financeiras, timidez, nascimento de filho, parto, climatério/menopausa, pós uso de SPA, tentativa de homicídio e questões de vulnerabilidade social. Ressalte-se que identificamos mais de um agravante em 33 prontuários e vários pacientes retornaram ao ASM em momentos diferentes de sua vida, com um novo desencadeador do sofrimento, fato que pressupõe um número de queixas superior ao total de prontuários analisados.

Verificou-se que os usuários, após buscarem atendimento em unidades básicas de saúde e não o encontrando, procuram o ASM como alternativa de resolução de suas dores, sobretudo em momentos de conflitos e questões cotidianas. Uma parcela significativa dos usuários atendidos no ASM não receberam qualquer diagnóstico, mas, a maioria (95%) continha em seus prontuários prescrição de medicação psicofarmacológica.

Os dados da pesquisa revelam que, em relação aos encaminhamentos e direcionamentos idealizados, indicados a esses pacientes, conforme evolução dos casos descritos nos prontuários, 70,80% aguardavam atendimentos somente com Médico Psiquiatra, 6,57% receberam encaminhamentos de atendimento médico e serviços da enfermaria e/ou encaminhados para exames médicos de outras especialidades, 11,68% aguardam atendimento psiquiátrico e psicológico, 8,76% aguardam atendimento com psiquiatra e outras terapêuticas/oficinas oferecidas, e 2,19% aguardam atendimento médico psiquiátrico e foi também encaminhado ao Serviço Social. Todos os usuários estudados foram encaminhados à consulta psiquiátrica.

Acerca das intervenções empregadas ao longo das tentativas de tratamento, é possível destacar que 82,50% dos pacientes fazem uso exclusivo de medicamentos prescritos por médicos psiquiatras da instituição, 12,50% fazem uso de medicamentos psiquiátricos prescritos e outros atendimentos como, psicológico, grupo e oficinas, 4,17% participam apenas dos grupos e oficinas terapêuticas sem uso de medicação, e 0,83% está sendo atendido

exclusivamente pelo psicólogo sem uso de medicamentos. Vale acrescentar que a consulta clínica individual é a mais utilizada neste serviço de atendimento.

Observou-se o uso de medicação como estratégia aclamada por estes pacientes na busca de alívio dos sintomas. A terapêutica orientada pela instituição, considerando que os serviços ambulatoriais são o primeiro contato com cada paciente na atenção psicossocial, consiste na ênfase à terapia baseada no modelo clínico, tendo o psicofármaco como principal instrumento de intervenção terapêutica.

Numa síntese, viu-se que estes usuários foram encaminhados por outras instituições de saúde ou mesmo por demanda própria na busca de alívio dos sintomas, mas, percebeu-se que o serviço de atendimento do ASM não consegue responder a toda demanda, ficando esses pacientes no aguardo do atendimento médico psiquiátrico ou do surgimento de vagas para outras terapêuticas após o atendimento por essa especialidade.

Notou-se, pelo presente estudo, um percentual elevado de usuários com uso contínuo da medicação, confirmando essa prática como a principal conduta, ou mesmo a única, no atendimento a estes usuários.

Não se pode esquecer, portanto, que o medicamento se traduz num elemento de grande importância no cuidado à SM e, frente a este cenário, se faz necessário o uso racional dos psicofármacos, todavia, aliado a outras terapêuticas para o tratamento do sofrimento psíquico, reduzindo de forma significativa a severidade dos quadros sintomáticos nos adoecimentos.

Num contexto geral, constatou-se a necessidade de se levar em conta a subjetividade e o momento de vida de cada paciente para, assim, aplicar terapêuticas que possam ressignificar suas dores, reduzindo, sempre que possível, o uso de psicofármacos.

Notou-se que, minimizando a prescrição de psicofármacos, também se reduz o risco de automedicação, já que o médico psiquiatra não tem controle sobre os pacientes fora do ambulatório.

O estudo revelou, portanto, que a prática adotada para tratamento de SM é a do uso de psicofármaco como primeira e, não poucas vezes, única forma de intervenção. Diante disso, emergiu a necessidade de futuros estudos no sentido de investigar melhor essa realidade vivida pelos usuários do ASM e identificar novas possibilidades de tratamento, visando, além do bem-estar do usuário, a redução de gastos com medicamentos.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, R. C. F.; CASTRO, A. L.; FARIA, M. M.; ZIONI, F. **Mulher, muler**: saúde, trabalho, cotidiano. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (organizadores). *Saúde e Doença. Um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1994.
- AGUIAR, A. A. **A psiquiatria no divã**: A psiquiatria no divã entre as ciências da vida e a medicalização da existência. Rio de Janeiro: RelumeDumará, 2004
- ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 9.n.3, 263-271, jul-set, 1993.
- ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. **Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde**: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C (Org). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1999, p. 125-138.
- ALEXANDER, F. G. **História da Psiquiatria**: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente. São Paulo: IBRASA, 1980.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2007.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-5**. 5. ed Artmed Editora, 2014.
- ANDRADE, Carlos Drummond de. **O Homem e o Remédio**: Qual o problema? *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro. 26 de jul. 1980.
- ARCA, S. C. **Saúde mental e educação médica: o centro de atenção psicossocial como cenário de aprendizagem**. 86 f. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde). Departamento de Medicina. Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Porto Velho.
- ANGELUCCI, C. B.; SOUZA, B. P. Apresentação. In Conselho Regional de Psicologia (São Paulo) & Grupo Interinstitucional Queixa (Orgs.). **Medicalização de crianças e adolescentes**: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos (p. 7-13). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, LDA, 2009.
- BARROS, S; SALLES M. M. Reinternação em hospital psiquiátrico: A compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 41, p. 73-81, 2007.
- BAURUS-MICHEL, J. SOUFFRANC. **Sens etcroyance**: L'effettherapeutique. Ramonville Saint-Agne, France: Eres, 2004.
- BEZERRA, I. C. **Uso de psicofármacos na atenção psicossocial**: sujeito, autonomia e responsabilização. 2013. Dissertação (Programa de Pós-Graduação do Mestrado em Saúde

Coletiva). Universidade Estadual do Ceará. Disponível em: <<http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/PDF%20DISSERTA%C3%87%C3%83O%20BIBLIOTECA%20COMPLETO.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. A.; BOTEAGA, N. J. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2013, vol.29, n.7, pp.1415-1426. ISSN 1678-4464. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700015>>. Acesso em: 07 mar. 2016.

BORGES, S. M. N. & ATIÊ, E. **Vida de mulher:** estratégias de sobrevivência no cotidiano In: COSTA, N. R.; MINAYO, M. C. S.; RAMOS, C. L. & STOTZ, E. N. (orgs). Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde. Rio de Janeiro: Vozes, Vol II, pp. 165-184. 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Evolução Institucional da Saúde Pública.** Brasília, 1977. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_06.pdf> Acesso em: 10 ago. 2016.

BRASIL. Organização das nações unidas. **Assembleia Mundial sobre envelhecimento:** Resolução 39/125. Viena: ONU; 1982. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000065&pid=S0103-2100200800040001800001&lng=en> Acesso em: 01 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso.** Ministério da Saúde – 3º edição. Brasília, 2003. 70 p. ISBN 978-85-334-1845-5. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf> Acesso em: 03 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: As Novas Fronteiras da Reforma Psiquiátrica.** Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília. Janeiro de 2011. 106 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiqiatrica.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde - **Saúde Mental no SUS:** Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Coordenação Geral de Saúde Mental. 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2016.

BRASIL, Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Cartilha Direito à Saúde Mental.** Brasília, abr. 2012. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/direito_saude_mental_2012/>. Acesso em: 10 ago. 2016.

BRIDGES K. W.; GOLDEBERG, D. Somatic Presentation of DSM III Psychiatric Disorders in Primary Care. **Journal of Psychomatic Research**, 1985, v.29, p. 563-569

BRITTO, I. A. G. S. **Uma visão analítico-comportamental para a esquizofrenia**. Em: NOGUEIRA, E. E., NETO, E. C. A., RODRIGUES, M. E. & ARARIPE, N. B. (Orgs.), *Terapia Analítico Comportamental: dos pressupostos teóricos às possibilidades de aplicação* (pp. 208-228). Santo André, SP: ESETec Editores Associados. 2012.

BRITTO, I. A. G. S. **Abordagem funcional para o transtorno de pânico e agorafobia**. PEREIRA, A. B. (org.), *Psicologia da PUC Goiás na Contemporaneidade*, (pp. 15-28). Goiânia. Editora PUC Goiás. 2013.

CAPONI, S. **Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

CARTA DO MERCOSUL. **Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade**. Disponível em: <<http://medicalizacao.com.br/arquivos/Carta-del-Mercosur-1-portugues.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2013.

CASTRO M. T. et al. Relação entre gênero e sintomas depressivos e ansiosos em tabagistas. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. 30(1):25-30 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n1/v30n1a08.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2016.

CEBRID (Centro Brasileiro de Informação sobre drogas). **II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório Brasileiro sobre Drogas - IME-USP 2009. Disponível em: <<http://www.escs.edu.br/arquivos/DrogasResumoExecutivo.pdf>>. Acesso em: 07 mai. 2016.

CERCHIARI, E.A.N.; CAETANO, D.; FACCENDA, O. Utilização do Serviço de Saúde Mental em uma Universidade Pública. **Psicologia Ciência e Profissão**, 2005, 25 (2), 252-265. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v25n2/v25n2a08.pdf>>. Acesso em: 10 de mai. 2016.

CHAISE, F. O.; SOARES, S. A.; MENEGHEL, S. N. Estão nossos jovens doentes? Percepções de adolescentes em relação à saúde em dois municípios gaúchos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18 [4]: 817-828, 2008.

CLARKE, A. et al. **Biomedicalization: technoscience, health, and illness in the U.S. biomedicine**. London: Duke University Press, 2003.

CNESnet. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Profissional.asp?VCo_Unidade=1100203431290>. Acesso em: 01 out. 2015.

CONRAD, P. The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. **Social problems**, v.23, n.1, p.12-21, 1975.

_____. Medicalization and social control. **Annual Review of Sociology**, 18, 209-32. 1992

_____. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

CONRAD, P; SCHNEIDER, J.W. **Deviance and medicalization: from badness to sickness**. Temple, Philadelphia: University Press, 1980.

CORDEIRO, H. **A indústria da saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

COSTA-ROSA, A. **Operadores fundamentais da atenção psicossocial: contribuição a uma clínica dos processos de subjetivação na saúde coletiva**. Tese de livre-docência não publicada. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, SP. 2011.

CUNHA, A. G. da. **Dicionário etimológico nova fronteira da língua portuguesa**. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1997.

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006. Disponível em: <<http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/85>>. Acesso em 24 de set. de 2015.

DANTAS, J. B. Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. **Fractal Revista. Psicologia**. Rio de Janeiro. ISSN 1984-0292. v. 21, n. 3, p. 563-580, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922009000300011>>. Acesso em: 11 mar. 2015.

DIMENSTEIN, M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental**. Barbacena, v. 4, n. 6, p. 69-82, jun. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 10 de set de 2015.

DIMENSTEIN, M. et. al. O apoio matricial em unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. de 2015.

FERRAZZA, D. A., LUZIO, C. A., ROCHA, L. C., SANCHES, R. R. A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. **Paidéia**, 20(47), 381-390, 2010.

FERRAZZA, D. A.; ROCHA, L. C.; LUZIO, C. A. Medicalização em um serviço público de saúde mental: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos. **Gerais: Rev. Interinst. Psicol.** Belo Horizonte, v. 6, n. 2, p. 255-265, jul. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202013000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 out. 2015.

FIGUEIREDO. L. C. M.; SANTI. P. L. R. **Psicologia, uma (nova) introdução: uma Visão histórica da psicologia como ciência**. 3ª ed. São Paulo. EDUCA, 2008.

FONSECA, M. L. G. **Sofrimento difuso, transtornos mentais comuns e problema de nervos: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares**. 2007. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4988>>. Acesso em: mai. 2016.

FONSECA, M. L. G. et al. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Revista APS**, v.11. n.3, p.285-294, jul-set. 2008.

FORTES, S. **Transtornos mentais comuns na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil**. 2004. 165f. TESE (Doutorado pelo Instituto de Medicina Social), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro.

FORUMADD (grupo interdisciplinar contra a patologização e medicalização da infância, da Argentina); Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, do Brasil. **CARTA SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA VIDA**. Buenos Aires, 2011. In: “Campanha não à medicalização da vida” Conselho Federal de Psicologia – CFP.

FOUCAULT, M.[1972]. **História da Loucura da Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2003.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: 25ª Edição Graal, 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONZÁLEZ REY, F.L. **Sujeito e subjetividade**. São Paulo: Thomson Learning, 2002.

_____. Social and individual subjectivity from an historical-cultural standpoint. Outlines. **Critical Social Studies**, v. 9, n. 2, p. 3-14, 2007.

GRANGER, C. V.; ALBRECHT, G. L.; HAMILTON, B. B. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES profile and the Barthel Index. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 60, n. 4, p. 145-154, 1979.

IGNÁCIO, V.T.G.; NARDI, H.C. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos. **Psicologia & Sociedade**, 19 (3): 88-95, 2007.

ILLICH, I. [1975]. **A Expropriação da Saúde: nêmesis da medicina**. Nova, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000. pp.13-52.

JORGE, M.A.S. (org). **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2014.

KINRYS, G.; WYGANT, L. E. Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influencia o tratamento? **Rev. Bras. Psiquiatr.** 2005; 27 (Supl II): S4350. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/pt_a03v27s2.pdf> Acesso: 10 mar. 2016

KIRMAYER, L. J.; ROBBINS, J.M. **Currents Concepts of Somatization: research and clinical perspective**. American Psychiatric Press 1991: Washington DC.

LEWIS, G. Depression and the public health. **Int Rev Psychiatry**, United States v. 8, n.4, pp. 289-294. 1996.

LIMA, M.C. P et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42. n. 4, p 717-723, ago. 2008.

LIMA, M. S. **Epidemiologia e impacto social**. Revista Brasileira de psiquiatria, v. 22, (s. 1), 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s1/v21s1a02.pdf>>. Acesso em 10 mar. 2016.

LUCCHESI, R; SOUSA, K; BONFIN, S.P.; VERA, I.; SANTANA, F.R. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**. 27(3): 200-7, 2014.

LUZ, M. T. **Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil hoje**. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Orgs). Cuidado: as fronteiras da integralidade. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec, p. 57-74. 2005.

_____. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. **Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre, V.7, p. 109-128, 1995.

MANDUÍ, E. N. T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 665-675, 2004.

MARTIN, D. et al. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**. v.41.n.4. p. 591-597, 2007.

MATTAR, F. N. **Pesquisas de Marketing: Metodologia e Planejamento**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1996. V. 1.

MENDES, E. V. **Uma Agenda Para a Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde**. In: CAMPOS. C. R. et al. (orgs.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte Reescrevendo o Público. São Paulo, Xamã, p.103-120. 1998.

MERINO, M.F.G.L. **As necessidades de saúde em indivíduos adultos em Porto Rico – PR**. 2007, 110 f. Dissertação (Mestrado pelo Departamento de Enfermagem). Universidade Estadual de Maringá. Maringá.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**, 12 ed. – São Paulo: Hucitec, 2010.

MOREIRA, J.K.P.; BANDEIRA, M; CARDOSO, C.S.; SCALON, J.D. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 60, n. 3, Rio de Janeiro, 2011.

MOURA, M. T. C.; EWALD, A. P. **Reflexões sobre a comercialização do sofrimento psíquico**. In: XIV Encontro Nacional da ABRAPSO, 2007, Rio de Janeiro. Anais de resumos e de trabalhos completos do XIV Encontro Nacional da ABRAPSO, 2007.

NYE, R. The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. **J. Hist. Behav. Sci.**, v.39, n.2, p.115-29, 2003.

OLIVEIRA, A. B. e ROAZZI, A. A representação social da doença dos nervos entre os gêneros. **Rev. Psicologia:Teoria e Pesquisa**, Brasil. v.21, p.91-102, jan-mar., 2007.

PELEGRINI, M. R.F. O abuso de Medicamentos Psicotrópicos na Contemporaneidade. **Rev. Psicologia, Ciência e Profissão**, v.21, p.38-43, 2003.

PELOUSO, E. T. P.; BLAY, S. L. Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v.42. n.1, p.41-48, 2008.

RABELO, M. C. Diferentes perspectivas sobre um mesmo tema. **ComCiência**. n.º126; 2011.

RABELO, A. R.; COELHO, S. J.; MATTOS, A. A. Q. **A saúde mental e a reforma psiquiátrica em nosso meio**. In: SILVA, G. T. R.; SANTANA, M. S. (orgs.). O agir em saúde mental: política, atenção e formação. Salvador: Atualiza, 2014.

RAMMINGER, T; DE BRITO, J. C. “CADA CAPS É UM CAPS”: Uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 23, 2012.

RODRIGUES, A. L. **Stress, trabalho e doenças de adaptação**. In: FRANCO, A. C. L. & RODRIGUES, A. L. Stress e trabalho: guia prático com abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas, cap. 2. 1997.

RODRIGUES, N. C. & Terra, N, L. **Gerontologia Social Para Leigos**. 94 p. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

ROUDINESCO, E. **A sociedade depressiva**. In: Por que a Psicanálise? Rio de Janeiro, tradução:Jorge Zahar, 2000.

ROZEMBERG, B. O consumo de calmantes e o “problema de nervos” entre lavradores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 300-308, 1994.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. **Acta paul. enferm.** [serial onthe Internet]. 2009 feb; 22(1):11-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-1002009000100002&lng=en. doi: 10.1590/S0103- 21002009000100002. Acesso em: 6 de jul. 2015.

SANTOS, J.L.F.; WESTPHAL, M.F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, v. 13, n. 5, p. 71-88, 1999.

SCHECHTMAN, A.; ALVES, D.S. **A organização da política de saúde mental**. In: JORGE, M.A.S. (org). Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2014.

SEIXAS, S. R. et. al. Diagnósticos e medicalização: algumas considerações sobre depressão e subjetividade em Nazaré Paulista. Apa Cantareira, São Paulo, Brasil. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, 18 (1-2), Jan-Dez 2010, 7-19 p. Disponível em: <www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/viewFile/1943/2411acesso>. Acesso: 10 mar. 2016.

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L.; COOK, S.; KIDDER, L. **Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais**. 2 ed. São Paulo: EPU, 1987.

SILVA, K. VIANA, H. PAULINO, L. **Perspectivas, reflexões e desafios dos modelos biomédico e biopsicossocial em psicologia**. Trabalho apresentado no 16º encontro da ABRAPSO em 2011. Disponível em: http://www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?ID_TRABALHO=2373. Acesso em: 24/09/2015.

SILVA, A. E. M. **Naturopatia**: prática médica, saberes e complexidade. In: V JORNADAS DE INVESTIGACION EM ANTROPOLOGÍA SOCIAL, Buenos Aires. Anais... Buenos Aires. 2008. ISSN 1850-1834.

SONTAG, J; SCHIEFFERDECKER, M. A; AREOSA, S. V. C. Cuidado do trabalhador: vivências a partir da reforma psiquiátrica. **Diaphora**, v. 13, n. 1, p. 53-62, 2013.

SOUZA, A. R. S. **Centro de atenção psicossocial: perfil epidemiológico dos usuários**. 2007. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2007. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/1841>>. Acesso em: mar. 2016.

SOUZA, J.N.; CHAVES, E.; CARAMELLI P. Coping em idosos com doença de Alzheimer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP (REEUSP)**.15(1):93-99. 2007.

TESSER, C. D. Social medicalization (I): the exaggerated success of modern ‘epistemicide’ in health. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.61-76, jan/jun 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/icse/v10n19/a05v1019.pdf>>. Acesso em: mai. 2013.

_____. **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

VASCONCELOS, A. F. Qualidade de Vida no Trabalho: Origem, Evolução e Perspectivas. **Caderno de pesquisas em administração**. São Paulo, v. 08, nº 1, p. 24-35, mar. 2001.

VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em administração**. Atlas, 2012

ZANELLO, V.; FONSECA, G. M. P.; ROMERO, A. C. Entrevistas de evolução psiquiátricas: entre a "Doença Mental" e a medicalização. **Mental**, v. 9, n. 17, p. 621-640, 2011. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v9n17/08.pdf>>. Acesso em jan. 2015.

ZUSMAN, J.A. Reflexões, revoluções e reformas psiquiátricas. **Psiquiatria Hoje**. Ano 24, n 2, p 8-16, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Roteiro das Entrevistas

1) Pacientes do ambulatório

Dados socioeconômicos (dados obtidos a partir do prontuário e confirmados com os entrevistados)

1. Escolaridade:
2. Estado civil:
3. Idade:
4. Religião:
5. Exerce alguma atividade remunerada:
6. Mora com alguém?

Questões da pesquisa²⁰

1. Qual o diagnóstico médico do seu problema de saúde?
2. Como você descreve sua vida?
3. Quando apareceram os primeiros sintomas? E quais são eles?
4. Recebeu medicação ou algum outro tipo de tratamento?
5. Teve algum diagnóstico anterior de qual seria sua doença?
6. Aconteceu algo importante nesse período da sua vida? Ex: morte de familiar, perda de emprego etc.
7. Onde buscou ajuda nesse primeiro momento?
8. Teve melhora, ou foi para outros lugares?
9. Aqui no Ambulatório do CAPS, quando veio pela primeira vez?
10. Fale sobre os serviços oferecidos por esta instituição. Você participa de algum?
11. Por quais profissionais você já foi atendido no CAPS?²¹
12. Quais os primeiros profissionais que lhe atenderam no início do tratamento?
13. Quais suas perspectivas referente ao tratamento?

²⁰Trata-se de perguntas para servir de roteiro, não tendo necessariamente seguido a ordem ou perguntado todas, pois dependida das respostas dadas ao longo das falas.

²¹Embora se trate de pacientes de um ambulatório, esta unidade funciona junto com um CAPS. De modo geral, muitos pacientes e até mesmo funcionários referem a ambos como se fossem a mesma unidade e costumam denominar ambos como “CAPS”.

14. De quais serviços você participa atualmente?
15. Você participou de algum outro serviço oferecidos por este CAPS?
16. Qual sua perspectiva em relação ao seu tratamento?
17. Acredita que tem cura?
18. Usa tabaco, álcool ou outras drogas?
19. Já houve internamento psiquiátrico?
20. Quando foi a última consulta?
21. Frequenta ou já frequentou algum projeto terapêutico alternativo?

2) Profissionais da Assistência (exceto médicos)

- 1- Qual sua função nesta instituição?
- 2- Fale sobre a sua atuação no CAPS e no ambulatório.
- 3- Qual a importância do seu trabalho para a instituição?
- 4- Fale um pouco sobre a demanda atendida. Sintomas, queixas, desencadeadores de sofrimento etc.
- 5- Qual o fluxograma da instituição
- 6- Quais as dificuldades encontradas na sua atuação?
- 7- Qual a sua opinião referente aos encaminhamentos realizados?
- 8- Quais os critérios de alta do usuário neste serviço?
- 9- Como você percebe a adesão do usuário ao serviço oferecido pelo CAPS e no ambulatório?

3) Médico(a) Psiquiatra da Instituição

- 1- Qual a importância da sua atuação nesta instituição no atendimento a pacientes do ambulatório?
- 2- Acredita na melhora destes pacientes?
- 3- Qual seu encaminhamento a estes pacientes na busca de alívio dos seus sintomas?
- 4- Quais as dificuldades encontradas referentes a sua atuação nesta instituição?
- 5- Quais os serviços oferecidos por esta instituição.
- 6- Quem são os pacientes que buscam o serviço de atendimento do ambulatório e o que buscam? Sintomas, queixas, desencadeadores de sofrimento etc.
- 7- Geralmente quais caminhos o indivíduo com sofrimento psíquico percorre antes de vir buscar atendimento no ambulatório?
- 8- Qual o critério de alta dos usuários?

- 9- Qual a demanda de sintomas atendida com mais frequência?
- 10- Quais as queixa mais frequente dos usuários?
- 11- Como se caracteriza o papel do CAPS e do ambulatório no tratamento do sofrimento psíquico?

APÊNDICE B

TCLE – USUÁRIOS (PACIENTES)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Estamos desenvolvendo junto ao Ambulatório de Saúde Mental uma pesquisa intitulada: MANIFESTAÇÕES DO SOFRIMENTO PSÍQUICO: CAMINHOS PERCORRIDOS NA BUSCA DE ALVO DOS SINTOMAS. Para tanto, precisamos de autorização de Vossa Senhoria para ter acesso ao seu prontuário e, futuramente, para uma entrevista

Peço que veja os dados a seguir e caso concorde, favor assinar ao final desse documento

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título da Pesquisa: “MANIFESTAÇÕES DO SOFRIMENTO PSÍQUICO: CAMINHOS PERCORRIDOS NA BUSCA DE ALVO DOS SINTOMAS”

Autora e Pesquisadora Principal: Ivanildes Santos Rodrigues

CPF:

RG:

Telefone para contato:

E-mail:

Nome do orientador: Dr. José Juliano Cedaro

Telefone para contato:

E-mail:

1. Objetivos da pesquisa:

Conhecer os itinerários terapêuticos percorridos por pacientes atendidos no ambulatório de um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS de Porto Velho/RO, na busca do alívio de sintomas de adoecimento mental.

2. Envolvimento na pesquisa:

Ao participar deste estudo o Sr (a) permitirá que Ivanildes Santos Rodrigo de Sousa Santos realize entrevistas e, a partir disso, fazer as análises necessárias para que este estudo alcance seus objetivos. Ao participar desta pesquisa você responderá algumas questões pré-elaboradas que nortearão a entrevista, e que, se autorizada, será gravada e transcrita na íntegra, posteriormente.

Comprometemos em manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob minha guarda e responsabilidade, por um período de cinco anos após o término da pesquisa. Após esta data os materiais serão destruídos e/ou incinerados.

3. Confidencialidade:

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais, sendo preservada sua identidade, assim como as identidades de todas as pessoas por você referidas.

A pesquisa terá duração de 08 meses, com o término previsto para Agosto de 2016. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

4. Garantia de acesso:

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa e em caso de dúvidas, você poderá entrar em contato com os pesquisadores conforme dados fornecidos neste documento.

5. Garantia de saída:

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o(s) pesquisador (a) ou com a instituição que forneceu os seus dados.

6. Riscos e Benefícios:

A entrevista utilizada poderá gerar algum desconforto aos participantes por se tratar de sofrimento psíquico, um problema de saúde ainda estigmatizado, possui riscos de uma possível ocorrência de um evento (sentimentos) desfavorável para os participantes desta pesquisa. Os participantes poderão sofrer mínimos riscos psicológicos devido às expressões que estes farão sobre seus sentimentos e dores, podendo resultar nas alterações de suas emoções e estimulação de estresse emocional, uma vez que a pesquisa está relacionada com a vivência direta de suas dores. Portanto como medida de proteção deste será explicado antecipadamente os benefícios desta pesquisa para os mesmos, preparando-os psicologicamente de forma indireta.

Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de fornecer informações acerca do atendimento e encaminhamentos realizados na busca de alívio de sintomas de sofrimento psíquico, podendo subsidiar ações eficazes no tratamento destes pacientes, bem como de seus familiares.

Os benefícios também estão relacionados à saúde e ao bem-estar dos participantes. No momento da realização das entrevistas os pacientes poderão falar de seus sentimentos, temores e medos, ou seja, estarão fazendo parte de um processo de remissão de suas dores pela fala, resultando um alívio imediato e se possível um alívio de longa duração.

7. Formas de ressarcimento:

Não será oferecido nenhum tipo de ressarcimento, pois se trata de pesquisa de cunho acadêmico sem patrocínio. Assim, o Sr (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

E declaramos conhecer e cumprir as resoluções éticas Brasileiras, em especial a resolução 466/12. Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. O caráter contextual das considerações aqui desenvolvidas implica em revisões periódicas desta.

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa da UNIR, Campus - BR 364, Km 9,5 CEP: 76801-059 - Porto Velho – RO.Email: cepunir@yahoo.com.br.

O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, ou necessite de alguma informação sobre a pesquisa, comunique-se com o Comitê de Ética da Universidade pelo telefone ou endereço supracitado. ”

O Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Nome do (a) participante da
pesquisa:_____

Nº documento:_____

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

Porto Velho _____ de _____ de 2015.

Participante da pesquisa

Pesquisador Principal

APÊNDICE C

TCLE - PROFISSIONAIS DA ASSISTÊNCIA NA INSTITUIÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

TÍTULO DA PESQUISA: “**MANIFESTAÇÕES DO SOFRIMENTO PSÍQUICO; CAMINHOS PERCORRIDOS NA BUSCA DE ALÍVIO DOS SINTOMAS**”

PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: Ivanildes Santos Rodrigues

Prezado (a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa para o desenvolvimento da dissertação de Mestrado do NÚCLEO DE SAÚDE DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA/PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA (MAPSI), sob supervisão do Professor Doutor José Juliano Cedaro, que objetiva conhecer os itinerários terapêuticos percorridos por pacientes atendidos em ambulatório de saúde mental de Porto Velho/RO na busca de tratar ou aliviar sofrimento psíquico. Os resultados desta pesquisa contribuirão para obter informações acerca do atendimento e encaminhamentos realizado na busca de alívio de sintomas de sofrimento psíquico, podendo subsidiar ações eficazes no tratamento destes pacientes, bem como de seus familiares. Ao participar desta pesquisa você responderá algumas questões pré-elaboradas que nortearão a entrevista, e que, se autorizada, será gravada e transcrita na íntegra, posteriormente. Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista sem nenhum prejuízo para você, ou ao seu trabalho junto a esta instituição. A entrevista utilizada poderá gerar algum desconforto aos participantes por se tratar de questões relacionadas ao sofrimento Psíquico, um problema de saúde ainda estigmatizado, não trazendo riscos aos mesmos, visto que terão a identidade preservada, como também por se tratar de pessoas estáveis emocionalmente. Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de gerar informações acerca de encaminhamentos oferecidos a estes pacientes nesta instituição. Se você precisar de alguma assistência por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, você terá acesso ao acompanhamento pelos pesquisadores nos telefones:

Nome da Pesquisadora responsável: Ivanildes Santos Rodrigues

Telefone para contato:

E-mail:

Orientador: Dr. José Juliano Cedaro

Telefone para contato:

E-mail:

Todas as informações que o (a) Sr. (a) nos fornecer ou que sejam conseguidas pela entrevista serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos instrumentos da pesquisa, nem quando os resultados forem apresentados. Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, poderá procurar a qualquer momento o pesquisador responsável no telefone e endereço supracitado. Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética da Universidade Federal de Rondonia-UNIR - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. CEP- Campus - BR 364, Km 9,5 CEP: 76801-059 - Porto Velho – RO Fone: . Email: cepunir@yahoo.com.br.

Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a)_____

_, portador(a) da cédula de identidade_____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, e esclarecidos os procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Pesquisador principal

Porto Velho- RO_____ de _____ de 2015.

ANEXOS

ANEXO 1

Aprovação da Pesquisa Pelo Comitê de Ética Em Pesquisa – CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MANIFESTAÇÕES DO SOFRIMENTO PSÍQUICO: CAMINHOS PERCORRIDOS NA BUSCA DE ALÍVIO DOS SINTOMAS.

Pesquisador: IVANILDES SANTOS RODRIGUES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48092115.2.0000.5300

Instituição Proponente: Universidade Federal de Rondônia - UNIR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.246.619

Apresentação do Projeto:

responder como e em que momento as pessoas procuram ajuda para resolver seu sofrimento psíquico? e qual o caminho utilizado no alívio dos sintomas? Para compreender a problemática a ser estudada a partir dos objetivos aqui propostos, será realizada uma pesquisa exploratória, apoiada na abordagem qualitativa, de natureza descritiva

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer os itinerários terapêuticos percorridos por pacientes atendidos no ambulatório de um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS de Porto Velho/RO, na busca do alívio de sintomas de adoecimento mental.

Objetivo Secundário:

Identificar os aspectos que levam os sujeitos a buscarem atendimentos; Observar a frequência dos sintomas e sinais de sofrimento; Analisar as intervenções a que foram submetidos e os modelos terapêuticos utilizados no tratamento destes pacientes

Endereço: Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.

Bairro: Centro

CEP: 78.000-000

UF: RO

Município: PORTO VELHO

Telefone: (69)1182-2111

E-mail: cep.unir@yahoo.com.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR



Continuação do Parecer: 1.246.619

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A entrevista utilizada poderá gerar algum desconforto aos participantes por se tratar de sofrimento psíquico, um problema de saúde ainda estigmatizado, possui riscos de uma possível ocorrência de um evento (sentimentos) desfavorável para os participantes desta pesquisa. Os participantes poderão sofrer mínimos riscos psicológicos devido às expressões que estes farão sobre seus sentimentos e dores, podendo resultar nas alterações de suas emoções e estimulação de estresse emocional, uma vez que a pesquisa está relacionada com a vivência direta de suas dores. Portanto como medida de proteção deste será explicado antecipadamente os benefícios desta pesquisa para os mesmos, preparando-os psicologicamente de forma indireta.

Benefícios:

Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de fornecer informações acerca do atendimento e encaminhamentos realizado na busca de alívio de sintomas de sofrimento psíquico, podendo subsidiar ações eficazes no tratamento destes pacientes, bem como de seus familiares. Os benefícios também estão relacionados à saúde e o bem-estar dos participantes. No momento da aplicação das entrevistas os pacientes poderão falar de seus sentimentos, temores e medos, ou seja, estarão fazendo parte de um processo de remissão de suas dores pela fala, resultando um alívio imediato e se possível um alívio de longa duração.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os objetivos não estão condizentes com a hipótese levantada, sugere-se rever essa questão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São apresentados aos termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Aprovação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende a resolução 466/12.

Endereço: Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.

Bairro: Centro

CEP: 78.000-000

UF: RO

Município: PORTO VELHO

Telefone: (69)1182-2111

E-mail: cep.unir@yahoo.com.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR



Continuação do Parecer: 1.246.619

PORTO VELHO, 28 de Setembro de 2015

Assinado por:
Edson dos Santos Farias
(Coordenador)

Endereço: Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.
Bairro: Centro **CEP:** 78.000-000
UF: RO **Município:** PORTO VELHO
Telefone: (69)1182-2111 **E-mail:** cep.unir@yahoo.com.br

Página 04 de 04

ANEXO 2

Autorização do Gestor Estadual Para a realização da pesquisa

CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

À Coordenação do Centro de Atenção Psicossocial CAPS- Madeira Mamoré.

Nesta,

Senhora Coordenadora:

Dirijo-me a Vossa Senhoria no intuito de solicitar autorização para pesquisa nos prontuários dos pacientes, bem como junto aos pacientes ambulatoriais e profissionais que atuam nesta instituição.

Trata-se de um estudo que é parte de atividades para a escrita de uma dissertação de mestrado, cujo objetivo geral é conhecer os itinerários terapêuticos percorridos por pacientes atendidos em ambulatório de saúde mental de Porto Velho/RO na busca de tratar ou aliviar sofrimento psíquico.

A coleta de dados e aplicação das entrevistas somente serão realizadas após parecer favorável de um Comitê de Ética e se houver consentimento por parte dos pacientes e dos profissionais. Caso concordem, assinarão uma autorização nos termos da legislação em vigor.

Caso concorde com esta proposta, peço que assine a autorização abaixo.

Sem mais, despeço-me, agradecendo sua colaboração.

Cordialmente,

Ivanildes Santos Rodrigues

Orientador: José Juliano Cedaro

AUTORIZAÇÃO

Eu, Sandra Cristine Arca, coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Madeira Mamoré), autorizo a realização da pesquisa descrita acima, conforme termos propostos neste documento.

Porto Velho (RO), 01 de Julho de 2015.



(Assinatura do responsável pela instituição com carimbo)

Sandra Cristine Arca
Coordenadora do CAPS/Sicor J
Matrícula: 300037121